

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E
PERSONALIDADE: O MODELO ALTERNATIVO DO DSM-5**

Carina Frazão Cristino

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E
PERSONALIDADE: O MODELO ALTERNATIVO DO DSM-5**

Carina Frazão Cristino

Dissertação orientada pelas Professoras Doutoradas Rute Pires e

Ana Sousa Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

Agradecimentos

Seria impossível cruzar esta meta sem deixar clara a minha gratidão para com aqueles que me acompanharam ao longo deste percurso.

Creio que ainda não terão inventado palavras grandes o suficiente para que nelas possa caber o quão agradecida estou à Profª Drª Rute Pires. Ainda assim, vou tentar fazê-lo usando as que conheço. O entusiasmo sentido aquando da possibilidade de a ter como orientadora revelou-se completamente adequado ao longo do decorrer deste ano. Obrigada por ter sido o meu pilar e por toda a paciência e apoio que me disponibilizou. Obrigada pela preocupação, por estar sempre presente e me ajudar a pensar. Obrigada por partilhar comigo a felicidade das pequenas conquistas e por todos os incentivos para que conseguisse fazer ainda melhor. O mais genuíno obrigada pela confiança e por me ter ajudado a acreditar em mim.

Um obrigada à Profª Drª Ana Sousa Ferreira, que tanto me ajudou a traduzir português-estatística e estatística-português. Agradeço-lhe eternamente a disponibilidade e a paciência com que me esclareceu cada dúvida e corrigiu cada erro. Obrigada por todas as palavras de incentivo e por me ajudar a dar vida aos meus resultados e a compreendê-los melhor.

Este trabalho literalmente não seria possível sem a ajuda fundamental da Drª Jennifer Santos. Durante meses tornei-me numa espécie de biombo daquele corredor às quartas-feiras e, no meio de toda a agitação, conseguiu sempre uns minutinhos para mim. Muito obrigada!

Estou também eternamente grata a cada pessoa que aceitou participar neste estudo. Sei bem que nem sempre foi fácil e por isso valorizo ainda mais o vosso esforço e colaboração. Obrigada por terem acolhido tão bem o meu interesse e me terem feito sentir a sua necessidade e importância. Espero que este trabalho seja não só um contributo, mas também um incentivo para que esta problemática continue a ser estudada. Obrigada por me fazerem sentir que importa tentar chegar às pessoas e procurar compreendê-las um pouco melhor, a cada uma.

Obrigada aos meus companheiros, aos Amiguinhos, que partilharam comigo este barco. Esta longa viagem nunca será esquecida. Obrigada a todos pela amizade genuína com que me presentearam ao longo destes anos. Onde quer que vá, ela vem comigo.

Ao Marcelo Rodrigues, porque é o nosso homem. O único, o insubstituível, Marcelo Rodrigues! Obrigada por todo o apoio e a quantidade infindável de abraços que me tens dado. Já agora, tu também vais conseguir. E sabes porquê? Porque tu também és fixe!

À Mariana Baptista que está cá desde o início... Mil obrigadas por todos os momentos planeados e espontâneos, em que fomos felizes e isto tudo ficou a parecer bem mais fácil.

À Sofia Andrade, por quem vou ter sempre um carinho muito especial. Obrigada por todo o carinho, pelo teu sentido de humor fantástico e por me inspirares a tentar fazer sempre melhor.

À Ana Martins, *always*. Agradeço-te por seres um apoio constante. Obrigada por todas as conversas, das felizes às menos animadas, das que fazem rir e chorar as pedras da calçada, das breves e das que não têm hora para acabar. Foram muitas, de facto. Que venham mais!

Um obrigada do fundo do coração ao Chalet de Loulé e aos que partilharam casa comigo. Isto nem sempre foi fácil e vocês viram tudo bem de perto. Lamento qualquer trauma que possa ter causado... Queridos colegas e futuros mestres, se eu consegui, vocês também conseguem! Obrigada por me terem feito sentir em casa.

Obrigada à minha Ticinha, por me inspirar todos os dias a ser pelo menos um bocadinho mais forte e ambiciosa como ela. À Mafalda pelo conforto que me trouxe de uma amizade que vai ficando e por todas as gargalhadas que me proporciona sempre que lhe prego um susto. Ao Alexandre, companheiro de danças de corredor e de noites de procrastinação no sofá, obrigada por me fazeres rir só com a tua existência. À Laura por quem o Gepeto pergunta todos os dias, porque diz que tem saudades.

Ao meu Tomás. Obrigada por seres o meu apoio incondicional e por me dares força todos os dias. Às conversas na varanda sobre tudo e sobre nada, aos sonhos que vamos alimentando, às maiores gargalhadas. Que continuemos a crescer e a ser felizes juntos.

Ao Leo, por tudo. Obrigada pela paciência infinita e por ouvires todos os meus desabafos (que foram muitos!). Agradeço-te por todas as pausas, que me ajudaram a manter alguma sanidade mental ao longo de todo este processo e por acreditares sempre que vou conseguir.

À minha Heidi, que mesmo não sabendo, tanto conforto, carinho e apoio me transmitiu nesta etapa final.

Por último, obrigada aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio, por acreditarem que eu conseguia e pela possibilidade de lutar por aquilo que quero. E obrigada a mim, que nunca desisti!

Resumo

O presente estudo procurou explorar a relação entre as perturbações do comportamento alimentar e a personalidade. Para o efeito, analisaram-se comparativamente os resultados da aplicação do NEO-FFI, do Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5) e do Questionário Sociodemográfico de dois grupos de participantes da população clínica: um grupo com o diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$) e um grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 237$).

As hipóteses basearam-se na conceptualização teórica subjacente ao modelo da personalidade do DSM-5 e nas semelhanças estruturais entre este e o Modelo dos Cinco Fatores.

Encontraram-se diferenças significativas entre participantes com perturbações do comportamento alimentar e participantes com outros diagnósticos para ambos os instrumentos de avaliação. Sujeitos com perturbações do comportamento alimentar obtiveram níveis superiores de Neuroticismo e inferiores de Extroversão no NEO-FFI; níveis superiores de Desprendimento e inferiores de Antagonismo e Desinibição no PID-5. Quanto às facetas do PID-5, sujeitos com perturbações do comportamento alimentar tiveram níveis superiores de Ansiedade, Depressividade, Perseveração, Afastamento, Evitamento da intimidade e Perfeccionismo rígido. Por outro lado, tiveram níveis inferiores nas facetas Insegurança de separação, Suspeição, Impulsividade e Envolvimento em comportamentos de risco. Comparativamente aos domínios, as facetas tiveram maior poder discriminativo, nomeadamente: Anedonia, Irresponsabilidade, Perfeccionismo rígido, Suspeição, Grandiosidade, Hostilidade, Crenças e experiências incomuns, Excentricidade e Impulsividade. Estes resultados são discutidos à luz de estudos anteriores e da abordagem psicodinâmica.

Palavras-chave: perturbações do comportamento alimentar, personalidade, modelo alternativo da personalidade do DSM-5, PID-5, NEO-FFI

Abstract

The current study aimed to explore the relations between eating disorders and personality. A sociodemographic questionnaire and the Portuguese versions of the NEO-FFI and the Personality Inventory for DSM-5 – Adults (PID-5) were applied and their results were analysed comparing two groups of subjects from a clinical sample: one with eating disorders ($n = 29$) and other with other psychiatric diagnoses ($n = 237$).

Hypotheses were based on the theoretical conceptualization underlying the DSM-5's personality model and on the structural similarities between this model and the Big Five Personality Model.

Significant differences were found between subjects with eating disorders and subjects with other psychiatric diagnoses on both assessment instruments. Subjects with eating disorders had higher levels of Neuroticism and lower levels of Extraversion on the NEO-FFI; higher levels of Detachment and lower levels of Antagonism and Disinhibition on the PID-5. Regarding the PID-5's facets, subjects with eating disorders had higher levels of Anxiousness, Depressivity, Perseveration, Withdrawal, Intimacy avoidance and Rigid perfectionism. On the other hand, these subjects had lower levels of Separation insecurity, Suspiciousness, Impulsivity and Risk taking. On comparison with PID-5's domains, the facets have greater discriminant power, namely: Anhedonia, Irresponsibility, Rigid perfectionism, Suspiciousness, Grandiosity, Hostility, Unusual beliefs and experiences, Eccentricity and Impulsivity. These results are discussed according to previous studies and to the psychodynamic approach.

Key-words: eating disorders, personality, DSM-5's alternative personality model, PID-5, NEO-FFI

Índice geral

Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Introdução	1
1. Perturbações do Comportamento Alimentar	4
1.1. Anorexia Nervosa.....	6
1.2. Bulimia Nervosa	8
1.3. Perturbação de Ingestão Compulsiva.....	9
2. Personalidade.....	10
2.1. Modelos Categóricos e Dimensionais da Personalidade.....	10
2.2. Modelo dos Cinco Fatores	12
2.3. Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade	14
3. Perturbações do Comportamento Alimentar e Traços de Personalidade.....	17
Problematização.....	19
1. Objetivos e Hipóteses	20
Método	21
1. Participantes	21
2. Instrumentos e medidas	24
3. Procedimento	26
Resultados	26
1. Estudo metrológico.....	27
2. Análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo.....	29
3. Teste de igualdade de valores médios para amostras independentes	30
4. Análise Discriminante	35
Discussão.....	39
Conclusão.....	49
Referências.....	51
Anexos	63

Índice de quadros

Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 237$)	22
Quadro 2. Distribuição dos diagnósticos principais na amostra de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 237$)	23
Quadro 3. Características sociodemográficas do grupo de participantes com perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$)	24
Quadro 4. Coeficientes de precisão dos domínios do NEO-FFI	27
Quadro 5. Coeficientes de precisão dos domínios e facetas do PID-5 – Adultos	28
Quadro 6. NEO-FFI, Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar (Médias, Desvios-Padrão, Valores t e p)	31
Quadro 7. PID-5 (domínios), Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar (Médias, Desvios-Padrão, Valores t e p)	32
Quadro 8. PID-5 (facetas), Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar (Médias, Desvios-Padrão, Valores t e p)	33
Quadro 9. Resultados da Análise Discriminante (Coeficientes estandardizados dos domínios retidos na função discriminante; Valores médios e desvios-padrão para os dois grupos de participantes e significância estatística)	36
Quadro 10. Resultados da classificação (domínios)	36
Quadro 11. Resultados da Análise Discriminante (Coeficientes estandardizados das facetas retidas na função discriminante; Valores médios e desvios-padrão para os dois grupos de participantes e significância estatística).....	37
Quadro 12. Resultados da classificação (facetas)	38

Anexos

Anexo I. Tabela com definições dos domínios e facetas do PID-5 adaptada de APA (2014)

Anexo II. Consentimento informado.

*You can't take it.
There is no space for you,
no welcome mat,
no extra bedrooms.
I'm opening all the windows,
airing it out,
putting roses in a vase in the middle of that kitchen table,
lighting a candle,
loading the dishwasher with my thoughts until they're spotless,
and then,
I plan to step into that bathtub,
wash yesterday out of my hair,
decorate my body in gold,
put music on,
sit back,
put my feet up,
and enjoy this typical Thursday.*

I'm taking my body back, Rupi Kaur

Introdução

Rupi Kaur quando escreveu o poema cujo excerto se encontra na epígrafe do presente trabalho, fê-lo com a intenção de recuperar a voz que perdeu depois de ter sido abusada sexualmente. Através da poesia, conseguiu lidar com o trauma e recuperar um corpo que sentia já não lhe pertencer, uma “casa” onde já não era bem-vinda e em relação à qual sentia repulsa e desprezo. Apesar de serem temáticas diferentes, também nas perturbações do comportamento alimentar há uma batalha com o corpo, que é medido ao milímetro, “polido” e aperfeiçoado como se de uma escultura se tratasse. Na base está uma enorme insatisfação em relação ao mesmo, que é sobrevalorizado pelo indivíduo, atribuindo valor a si próprio com base no valor que atribui ao seu corpo. Este torna-se num “objeto a controlar” (Marcelli & Braconnier, 2005), em busca de uma perfeição que é insaciável, podendo colocar a vida da pessoa em risco.

A centralidade destas perturbações é o corpo, que serve de meio de comunicação para a turbulência emocional muitas vezes incompreensível para o indivíduo, dadas as suas dificuldades de regulação emocional e mentalização (Skårderud & Fonagy, 2012). A sensação de controlo em relação ao próprio corpo permite que a pessoa com uma perturbação do comportamento alimentar se sinta capaz de controlar a sua vida. Isto leva a que ameaças a esse controlo sejam vividas com grande ansiedade, dada a clivagem entre um controlo extremo e um descontrolo imparável. Assim, também a pessoa com uma perturbação do comportamento alimentar não se sente bem na sua própria “casa”, que foi invadida pela doença e precisa de ser recuperada.

Um dos aspetos com um papel no desenvolvimento, manutenção e resposta ao tratamento das perturbações do comportamento alimentar, e de outras perturbações psiquiátricas, é a personalidade. Esta é transversal a todos os seres humanos, influenciando diversos contextos, como o sucesso académico e profissional, estilos parentais, bem-estar psicológico, psicopatologia, entre outros. Ao longo dos anos, vários autores se debruçaram sobre este campo de estudo, procurando operacionalizar este construto à luz de diversas teorias. Até aos dias de hoje, o modelo mais reconhecido é o Modelo dos Cinco Fatores, apresentando a estrutura da personalidade de forma dimensional. Desde o seu desenvolvimento, este modelo tem vindo a ser aprimorado, com diversos estudos em vários países e tipos de população e em comparação com diferentes teorias da personalidade, verificando-se sistematicamente uma estrutura composta por cinco fatores: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Sendo dimensional, este considera que existe um contínuo

entre as vertentes normal e patológica da personalidade e o seu foco são os traços da personalidade mais adaptativos (McCrae & Costa, 2013).

Outro modelo com uma estrutura semelhante à do Modelo dos Cinco Fatores, mas com foco nos traços desadaptativos da personalidade, é o Modelo de Traços da Personalidade do DSM-5, sendo que os cinco fatores são: Afetividade negativa, Desprendimento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Foi construído com base num referencial teórico e empírico e propõe uma abordagem dimensional para o diagnóstico das perturbações da personalidade. Auxilia na verificação do Critério B do Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações da personalidade, que se encontra na Secção III desse manual, onde é incentivada a sua investigação e do instrumento que o operacionaliza, o Inventário da Personalidade para o DSM-5 (PID-5).

É neste contexto que surge o presente estudo, integrado no projeto de investigação intitulado “Personalidade e Psicopatologia I: Estudos de adaptação do *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult* para a população portuguesa”. Com base na literatura científica acerca das perturbações do comportamento alimentar e da personalidade, bem como da relação entre as duas, colocaram-se alguns objetivos: caracterizar as perturbações do comportamento alimentar e diferenciá-las de outras perturbações psiquiátricas através do NEO-FFI, que operacionaliza o Modelo dos Cinco Fatores (McCrae & Costa, 2013), e do PID-5, que operacionaliza o Modelo Alternativo de Traços da Personalidade do DSM-5 (APA, 2014) (objetivos 1 e 2); determinar que domínios e facetas do PID-5 melhor discriminam as perturbações do comportamento alimentar de outras perturbações psiquiátricas (objetivo 3); e contribuir para a validação do PID-5 e compreensão das suas potencialidades e limitações na utilização com sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, dado o desconhecimento de estudos nesta área (objetivo 4).

O estudo contou com 266 participantes que se encontravam em acompanhamento em unidades de Saúde Mental portuguesas. Foram aplicados cinco instrumentos de avaliação, embora apenas se tenham analisado os resultados do NEO-FFI, do PID-5 e do Questionário Sociodemográfico.

O presente trabalho encontra-se dividido em diferentes secções. Primeiro surge o Enquadramento Teórico, onde foram explorados três temas principais: (1) perturbações do comportamento alimentar, os seus critérios de diagnóstico, comorbilidades e características mais relevantes; (2) personalidade, onde se abordam os modelos categoriais e dimensionais, com destaque para o Modelo dos Cinco Fatores e o Modelo Alternativo do DSM-5 para as

perturbações da personalidade; e por fim, (3) uma síntese de diversos estudos que abordaram a relação entre as perturbações do comportamento alimentar e os traços da personalidade.

Na secção seguinte é definido o problema no qual se baseia o presente estudo, sendo esclarecidos os objetivos e hipóteses. Seguindo-se o Método, com detalhes acerca das características dos participantes, dos instrumentos analisados e do procedimento de recolha de dados. Segue-se a secção dos Resultados, onde são apresentados os resultados do estudo da precisão dos instrumentos, da normalidade das variáveis consideradas, bem como de todas as análises estatísticas realizadas para avaliar as hipóteses colocadas. Posteriormente, surge a Discussão com uma análise dos resultados encontrados, à luz da literatura existente e da abordagem psicodinâmica. Por fim, encontra-se a secção das Conclusões, onde é feita uma breve síntese dos resultados do presente estudo, as limitações do mesmo, indicações para investigações futuras e as suas implicações para a investigação e prática clínica.

Enquadramento Teórico

1. Perturbações do Comportamento Alimentar

As perturbações do comportamento alimentar correspondem a entidades nosológicas com características próprias e um fator comum que é a disfunção alimentar (Bouça, 2014). Estas são caracterizadas por uma perturbação na alimentação, que resulta na alteração do consumo e absorção de alimentos, tendo consequências a nível físico e do funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Segundo o relatório de 2017 da Direção-Geral de Saúde (DGS, 2017), relativamente à Saúde Mental em Portugal, embora seja mencionado um ligeiro decréscimo dos internamentos para todos os grupos nosológicos, o grupo com a maior quantidade é o das perturbações da alimentação, com aproximadamente 16000 internamentos no ano de 2016.

Quanto ao diagnóstico, existem atualmente seis perturbações do comportamento alimentar incluídas na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014). Estas são a pica, a perturbação da ruminação, a perturbação alimentar restritiva/evitante, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a perturbação de ingestão compulsiva (APA, 2014). Alguma da sintomatologia presente nestas perturbações é considerada semelhante à dos sujeitos com perturbações do uso de substâncias, nomeadamente os episódios de forte desejo e de ingestão compulsiva (APA, 2014). Isto deve-se ao envolvimento dos mesmos sistemas neuronais, ligados ao auto-controlo e à recompensa (APA, 2014). Num estudo verificou-se ainda que, independentemente do tipo da perturbação alimentar, os níveis numa escala de adição eram comparáveis entre os sujeitos dos dois grupos nosológicos (Davis & Claridge, 1998). Além disso, associado à tendência para a adição, o elevado Neuroticismo corresponde à característica cardinal da personalidade aditiva, sendo que os traços secundários definem a forma específica que a adição irá tomar. No caso das perturbações do comportamento alimentar, a introversão, traço secundário na anorexia nervosa, expressa-se na obsessão pela restrição alimentar; enquanto a impulsividade e desregulação do humor, traços secundários na bulimia nervosa, expressam-se através dos episódios de perda de controlo e ingestão compulsiva (Davis & Claridge, 1998).

Dentro daquilo que se poderá considerar a normalidade, os comportamentos alimentares disfuncionais são bastante comuns (Costin, 2007), existindo um contínuo desde a simples dieta à doença. Na base está a imagem que o sujeito tem do seu próprio corpo, sendo esta bastante determinada pela sua experiência social (Grogan, 2008). A aparência exterior é lida pelas pessoas como um símbolo de ordem ou desordem pessoal (Grogan, 2008), extraindo daí

ideias pré-concebidas relativamente às características internas da pessoa. Assim, nas sociedades ocidentais parece existir uma dicotomia entre ser gordo e ser magro, em que cada uma dessas características tem alguns aspetos associados. Nestas sociedades, ser magro/esbelto associa-se a ser feliz, bem-sucedido, jovem e aceite socialmente, enquanto ser gordo é associado à preguiça, falta de motivação e de controlo (Grogan, 2008).

A idealização de um corpo esbelto tem uma forte vertente social, sendo bastante clara a mudança que tem vindo a ocorrer ao longo dos anos. Desde os corpos mais voluptuosos retratados no Renascimento, em que as formas maiores eram as mais atraentes, representando um corpo fértil; até aos atuais modelos encontrados nas revistas, em que é valorizada a magreza e um corpo com formas pouco salientes. Hoje em dia, a magreza é muitas vezes tida como um indicador de saúde e bem-estar (Grogan, 2008), propagando-se esta idealização do corpo magro e esbelto através dos *media*. Isto leva a que se encontre este ideal corporal em locais onde antes não existia, como nas Ilhas Fiji, onde se verificou que três anos após a chegada da televisão ocidental, as adolescentes do sexo feminino detinham novas preocupações acerca do peso e formas corporais, seguidas de comportamentos restritivos e purgativos (Becker, 2004).

Atualmente existe ainda a possibilidade de editar as fotografias colocadas nas revistas, modificando o corpo e alterando assim a perceção da sociedade relativamente a como é o corpo humano na realidade, propagando-se assim um ideal irrealista (Bordo, 2003).

Neste sentido, como é cada vez mais frequente uma grande preocupação com a aparência física, muitas vezes as perturbações do comportamento alimentar passam despercebidas, sendo tidas pelos outros como uma opção e um estilo de vida (Costin, 2007). Contudo, tal preocupação com o corpo é uma constante nos sujeitos com estas perturbações, existindo uma sobrevalorização da forma e peso corporais, elementos que, juntamente com a capacidade para os controlar, ditam o seu valor enquanto pessoas (Fairburn & Cooper, 2003). Este é um aspeto distinto da mera insatisfação corporal, presente num elevado número de pessoas.

Além da influência da sociedade, há também que ter em consideração o importante papel da família no desenvolvimento, manutenção e recuperação destas perturbações. De uma maneira geral, estas são caracterizadas como emaranhadas, intrusivas, hostis e negadoras das necessidades emocionais do paciente (e.g., Minuchin, 1974; Polivy & Herman, 2002).

Quanto aos dados da literatura acerca da vinculação, não há consenso na associação de um estilo de vinculação específico a determinada perturbação do comportamento alimentar. Alguns autores (e.g., Zachrisson e Skårderud, 2010) encontram diferenças dentro deste grupo nosológico, com a bulimia nervosa associada ao estilo ansioso e a anorexia nervosa ao estilo evitante, especialmente no subtipo restritivo. Por outro lado, noutros estudos não foram

encontradas diferenças significativas entre tipo de perturbação do comportamento alimentar, como é o caso do estudo de Ringer e Crittenden (2007), em que verificou uma predominância geral do estilo ansioso/ambivalente e do estudo de Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, e Treasure (2000), cujos resultados sugerem a presença em simultâneo de dois estilos de vinculação aparentemente contraditórios. Um desses estilos caracteriza-se pela procura compulsiva de cuidado (correspondente ao estilo ansioso) e outro pela autossuficiência compulsiva (correspondente ao estilo evitante), ou seja, uma mensagem simultânea de procura de cuidado e de afastamento (Ward et al., 2000). Estes resultados sugerem uma certa ambivalência, que pode ser vista à luz da teoria de Hilde Bruch (1973). Esta autora define a relação mãe-filha nestas perturbações, como uma em que a mãe ignora as necessidades da bebé, impondo-lhe as suas, resultando em dificuldades de diferenciação, em que a mãe surge ao mesmo tempo como intrusiva, mas absolutamente necessária, tal como acontece com a comida, simultaneamente temida e desejada (Ward et al., 2000). Assim, embora exista pouco consenso, verifica-se uma constante associação aos estilos inseguros (evitante e ansioso/ambivalente).

Em termos de diagnóstico estão contemplados seis tipos de manifestação das perturbações do comportamento alimentar no DSM-5, dos quais serão descritos apenas a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a perturbação de ingestão compulsiva, por serem os tipos de manifestação representados na amostra do presente estudo.

1.1. Anorexia Nervosa

As principais características da anorexia nervosa prendem-se com perturbações nos níveis emocional e cognitivo relativamente à imagem corporal (Bouça, 2014). Estas perturbações dizem respeito a sentir-se gordo, mesmo quando desnutrido, negando a gravidade da situação e demonstrando um medo mórbido de engordar (Bouça, 2014).

Quanto aos critérios de diagnóstico, terá de estar presente a restrição de ingestão de calorias, demasiado diminutas relativamente às necessidades da pessoa, tendo como consequência um peso inferior ao mínimo saudável para as suas características (APA, 2014). Outro critério é o intenso medo de ganhar peso e a presença de comportamentos que interferem com esse ganho, como a restrição alimentar, exercício físico em excesso e recurso a vômito autoinduzido e abuso de laxantes (Bouça, 2014; APA, 2014). O peso e forma corporais são sobrevalorizados no autoconceito da pessoa, que nega a gravidade do seu baixo peso (APA, 2014). Serão capazes de afirmar: “Vejo que posso estar magra(o), mas sinto-me gorda(o)”, o que parece indicar uma perturbação em termos cognitivos, com interpretações subjetivas distorcidas (Bouça, 2014). A avaliação das cognições do paciente com anorexia nervosa revela uma série

de distorções na forma de processar e interpretar os acontecimentos, que vão desde a abstração seletiva, isto é, formar uma conclusão com base num detalhe ignorando informação contraditória (“Não me consigo controlar. Ontem, quando fui jantar a um restaurante, comi tudo, embora antes de ir tenha decidido que ia ter cuidado. Sou mesmo fraca”), até ao pensamento dicotómico do “tudo ou nada” (“Se não tiver tudo completamente sob controlo, fico descontrolada. Se não consigo gerir esta parte da minha vida, vou perder tudo.”; Garner & Bemis, 1982).

Apesar da magreza, há uma constante preocupação e um foco em algumas partes do corpo, (Bouça, 2014), levando à realização constante de comportamentos de verificação dessas áreas, como as pesagens e medições frequentes (APA, 2014). Engordar é motivo de frustração e perder peso é satisfatório e sinal de sucesso (Bouça, 2014), servindo como um autorreforço positivo que ajuda na manutenção do comportamento (Garner & Bemis, 1982). O sistema de reforços restringe-se à capacidade de perder peso, não sendo suficientemente satisfatória a sua manutenção (Garner & Bemis, 1982).

É possível distinguir dois subtipos de anorexia nervosa: tipo restritivo e tipo ingestão compulsiva-purgativa (APA, 2014). No tipo restritivo há o recurso exclusivo a estratégias como a dieta, o jejum ou o exercício físico excessivo, não se verificando episódios de ingestão compulsiva ou purga (APA, 2014). Já no tipo ingestão compulsiva-purgativa, há sobretudo o recurso a ingestões compulsivas e/ou comportamentos purgativos, como o vômito autoinduzido e o abuso de laxantes (APA, 2014). Contrariamente à bulimia nervosa, neste último subtipo de anorexia o paciente tem um peso corporal abaixo do adequado para as suas características (APA, 2014).

A anorexia nervosa é mais comum no sexo feminino (0.69%, Machado et al., 2013; 0.4%, APA, 2014) e tem o início mais precoce das perturbações do comportamento alimentar, entre os 10 e os 14 anos nas raparigas e entre os 15 e os 19 anos nos rapazes (Micali et al., 2013).

O interesse dos investigadores na anorexia nervosa tem vindo a aumentar, nomeadamente acerca das suas causas, concluindo-se que esta é determinada por vários fatores (Garner & Bemis, 1982). O seu desenvolvimento pode associar-se a um acontecimento de vida stressante ou traumático (acontecimento de natureza sexual, separação da família, críticas acerca do seu corpo, crise associada à emergência dos caracteres sexuais secundários; Garner & Bemis, 1982; Romeo, 1986). As perturbações da ansiedade e os traços obsessivos desenvolvidos na infância são também fatores de risco (APA, 2014), assim como os fatores genéticos, com um maior risco em parentes biológicos de 1º grau (APA, 2014). Por outro lado, há também o papel da dinâmica familiar, sendo frequentes, por exemplo, os elogios dados pelos familiares acerca da magreza e capacidade de autocontrolo destas pessoas (Branch & Eurman, 1980).

Quanto ao prognóstico, e dadas as características mencionadas, estão muitas vezes presentes repercussões somáticas, como a amenorreia, hipotermia, diminuição da densidade óssea (Bouça, 2014). Em último caso, há também o risco de morte, com uma taxa bruta de mortalidade de 5% por década, frequentemente associada às complicações médicas e ao suicídio (APA, 2014). Além disto, observa-se maior isolamento social, humor depressivo e irritável, insônia e um aumento das dificuldades acadêmicas (APA, 2014).

1.2. Bulimia Nervosa

Os critérios de diagnóstico desta perturbação assumem a presença de dois tipos de comportamentos: A. Frequentes episódios de ingestão compulsiva, nos quais a pessoa come uma grande quantidade de alimentos, num curto período de tempo, acompanhados da sensação de descontrolo; e B. Comportamentos compensatórios para controlar o aumento de peso, como o vômito autoinduzido, abuso de laxantes e diuréticos, jejum e exercício físico excessivo (APA, 2014). Estes comportamentos ocorrerão pelo menos 1 vez por semana, durante 3 meses (APA, 2014) e além do controlo do peso e forma corporais, adquirem também a função de auxiliar na regulação emocional destas pessoas, que tende a ser bastante deficitária (Costin, 2007). Outro aspeto importante é que, nestes pacientes, o autoconceito depende muito da forma e peso corporais, originando grande culpabilidade quando não conseguem evitar o aumento de peso, o que poderá conduzir a comportamentos de autoagressão (APA, 2014). Sobre isto, num estudo com pacientes com perturbações do comportamento alimentar, explorou-se o papel moderador dos comportamentos purgativos na relação entre o abuso sexual ou físico e os comportamentos auto-lesivos não suicidários (Gonçalves et al., 2016). Verificou-se que a relação entre o abuso sexual/físico antes da emergência da perturbação alimentar e a ocorrência de comportamentos auto-lesivos era moderada pela presença de comportamentos purgativos, sendo esta relação mais forte quando os comportamentos purgativos estavam ausentes (Gonçalves et al., 2016). Isto é um indicador de que os comportamentos purgativos e os comportamentos auto-lesivos têm funções semelhantes, nomeadamente a autorregulação emocional (Gonçalves et al., 2016).

Geralmente, a bulimia nervosa surge entre os 15 e os 19 anos nas raparigas e entre os 20 e os 29 anos nos rapazes (Micali et al., 2013). Começa com um primeiro episódio de tentativa de perda de peso, progredindo para a alternância com episódios de compulsão alimentar (APA, 2014), sendo mais prevalente em jovens do sexo feminino (0.59%; Machado et al., 2013).

Alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento são a preocupação com o peso, baixa autoestima, sintomatologia depressiva e ansiosa, nomeadamente ansiedade social (APA, 2014). Comparados com a anorexia nervosa, pacientes com bulimia nervosa vivenciam mais

experiências traumáticas (Vanderlinden, Vandereycken, Dyck, & Vertommen, 1993) e encontram-se mais expostos a quatro fatores de risco específicos: elevadas expectativas paternas, importância excessiva do estar em forma dada pela família, obesidade na adolescência e consequências negativas da mesma (Machado et al., 2016). Estes fatores aumentam o risco para o desenvolvimento desta perturbação ao elevarem a propensão destes sujeitos para o envolvimento em dietas (Machado et al., 2016).

Quanto à dinâmica familiar, na bulimia nervosa é frequente a intrusividade dos pais, sendo a mãe sentida como invasiva, invejosa, competitiva e muito crítica em relação às questões do corpo e alimentação; e o pai descrito como sedutor e preocupado com as questões alimentares (Rorty, Yager, Rossotto, & Buckwalter, 2000). Estas são famílias, não só excessivamente preocupadas com o peso e a forma corporais, mas também com as aparências e conquistas, o que se relaciona com a prática de comportamentos dietéticos (Laliberté, Boland, & Leichner, 1999). Avaliando-se a si próprias, estas famílias consideram ter laços mais fortes e menos discórdia na interação direta entre pais e filhos, enquanto que os pacientes em si mencionam fraca coesão familiar, maior conflito e desorganização nas interações familiares (Kog & Vandereycken, 1989).

No que concerne ao prognóstico, este tende a ser menos favorável quando há comorbidade psiquiátrica (APA, 2014). Existe um elevado risco de suicídio, que deve ser tido em especial consideração dados aos traços de impulsividade característicos destas pessoas (Grilo, 2002).

1.3. Perturbação de Ingestão Compulsiva

A perturbação de ingestão compulsiva caracteriza-se pelo consumo de grande quantidade de comida num curto período de tempo, com um sentimento de descontrolo e falta de noção de saciedade durante esse episódio, que não é seguido de comportamentos compensatórios (Bouça, 2014). Os episódios de ingestão compulsiva ocorrem sem a pessoa sentir fome, de maneira mais rápida que o habitual e até se sentir desconfortável e de forma solitária para esconder o embaraço (APA, 2014). Estes episódios são seguidos de um sentimento de descontentamento consigo próprio, depressão ou culpabilidade (APA, 2014) e são recordados com profundo mal-estar, devido à sensação de perda de controlo e do impacto no seu peso. Ocorrerão pelo menos uma vez por semana em três meses e a ingestão compulsiva não é exclusiva de um quadro de anorexia ou bulimia nervosa, nem é seguida de comportamentos compensatórios regulares (laxantes, jejum, vômito ou exercício físico em excesso; APA, 2014). Assim, além de não serem realizados comportamentos compensatórios recorrentes, na

perturbação de ingestão compulsiva também não há uma restrição alimentar marcante nem mantida, embora sejam relatadas tentativas de fazer dieta (APA, 2014).

Em termos da sua prevalência em Portugal, em mulheres com idades entre os 12 e os 23 anos, 3.87% tinha um diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar, das quais 0.62% tinham perturbação de ingestão compulsiva (Machado et al., 2013). Geralmente, esta perturbação tem um início mais tardio, começando no final da adolescência e início da idade adulta (APA, 2014) ou por volta dos 30 anos nas mulheres e aos 40-50 anos nos homens (Javaras et al., 2008). Os principais fatores de risco são a visão de si próprio negativa, a ocorrência de depressão num dos pais ao longo da vida, acontecimentos traumáticos na infância (e.g., abuso sexual/físico até problemas com os pais, como elevado criticismo e altas expectativas, pouco afeto e envolvimento emocional, fracos cuidados maternos ou excesso de proteção; Fairburn et al., 1998). São também mencionados a exposição a comentários negativos acerca do corpo, por parte de familiares, e uma gravidez prévia à emergência da perturbação (Fairburn et al., 1998). Também o fator genético é um risco, sendo esta uma perturbação comum dentro da família (APA, 2014).

Quanto à perceção destas pessoas acerca dos seus pais, destaca-se que mulheres obesas com perturbação de ingestão compulsiva sentem os pais como menos calorosos e mais negligentes, agressivos e rejeitantes do que mulheres obesas e não-obesas sem esta perturbação (Dominy, Johnson, & Koch, 2000).

Acerca do prognóstico, as taxas de melhoria são mais elevadas nesta perturbação do que na bulimia nervosa e, contrariamente à obesidade, na perturbação de ingestão compulsiva há uma sobrevalorização do peso e da forma corporais e a taxa de comorbilidade psiquiátrica é maior (APA, 2014). Num estudo com mulheres obesas, com e sem diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva, verificou-se que a obesidade por si só não explicava na totalidade os resultados de maior sofrimento e depressividade, visto que estes níveis eram significativamente superiores aquando da presença simultânea do diagnóstico de perturbação de ingestão compulsiva (Dominy et al., 2000). Além disto, esta perturbação está também associada a maior gordura corporal e maior risco de obesidade (APA, 2014), bem como a algumas complicações médicas como dores crónicas, diabetes, hipertensão e enxaquecas (Kessler et al., 2013).

2. Personalidade

2.1. Modelos Categóricos e Dimensionais da Personalidade

Desde a terceira edição do DSM, em 1980, que as perturbações da personalidade são definidas através da presença ou ausência de certas características. Ao longo das várias

edições deste manual têm sido feitas algumas mudanças, nomeadamente em termos de nomenclaturas, critérios e organização, tendo-se mantido sempre uma abordagem categorial de diagnóstico. Esta pressupõe que cada entidade nosológica é uma categoria distinta e independente, demarcando-se da normalidade e das outras entidades (Gomes, 2013). No entanto, tem vindo a ser criticada e na edição mais recente deste manual (DSM-5; APA, 2014) já é possível encontrar um modelo alternativo para a personalidade que, embora não sendo considerado o modelo “oficial”, corresponde a um híbrido entre os sistemas de classificação categorial e dimensional. Este será analisado em detalhe de seguida, embora seja ainda importante referir outros exemplos de modelos categoriais e dimensionais.

Um exemplo de modelo categorial é o de Otto Kernberg (1984, citado por Trull & Durrett, 2005). Nesta proposta de classificação psicodinâmica, associam-se diferentes formas de psicopatologia a três organizações da personalidade que variam em grau de severidade, sendo elas: neurótica, *borderline* e psicótica. Estas organizações da personalidade são definidas com base em três critérios: presença ou ausência do teste da realidade, difusão da identidade e o tipo de mecanismos defensivos utilizados. No caso específico das perturbações da personalidade, enquadram-se na organização neurótica as menos severas, como a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, e na organização *borderline* as mais severas, como as perturbações antissocial, narcísica e esquizoide da personalidade. Quanto à organização psicótica, esta é exclusiva de perturbações clínicas do espectro da esquizofrenia e das perturbações do humor mais graves. Assim, embora o autor considere a dimensão da severidade destas três organizações da personalidade, propõe a avaliação da presença ou ausência de três critérios para a sua distinção (Trull & Durrett, 2005).

Um sistema categorial facilita a comunicação e conceptualização da psicopatologia, dado que categoriza um conjunto de características, condições associadas e opções de tratamento, tendo por isso vantagens pragmáticas, nomeadamente na tomada de decisão acerca do tipo e foco de tratamento (Trull & Durrett, 2005). Contudo, neste tipo de sistemas de classificação é necessário que se consigam criar categorias mutuamente exclusivas e distintas, o que se torna particularmente difícil nas perturbações da personalidade.

Quanto aos modelos dimensionais, estes permitem obter mais informação, até mesmo dos traços menos evidentes, que se perderia de outra forma, ao obrigar o clínico a encaixar o sujeito em apenas uma categoria. Desta forma, possibilitam um olhar mais abrangente e mais adequado à complexidade do ser humano, aceitando a heterogeneidade dos sintomas e a dificuldade em delimitar claramente os diagnósticos categoriais (Trull & Durrett, 2005).

Uma das propostas de classificação dimensional das perturbações da personalidade é de Oldham e Skodol (2000, citados por Trull & Durrett, 2005), que propõem que o diagnóstico seja feito com base no grau de semelhança entre o indivíduo e um caso prototípico de determinada perturbação da personalidade do DSM-IV-TR. Outro modelo semelhante é o de Westen e Shedler (2000, citados por Trull & Durrett, 2005), que propõe também a comparação do sujeito em questão com uma breve descrição de um caso prototípico de cada perturbação da personalidade.

Comparando os dois sistemas de classificação das perturbações da personalidade (categoriais e dimensionais), pode considerar-se que os modelos categoriais têm o benefício de, através da criação de categorias, permitirem a redução de informação ao mais essencial, dando uma imagem mais clara do paciente (Frances, 1980) e facilitando a comunicação entre clínicos (Trull & Durrett, 2005). Contudo, o paradigma da psicopatologia da personalidade tem vindo a mudar para um mais dimensional, dadas as críticas que têm sido feitas à abordagem categorial. Algumas dessas críticas são: falta de evidência quanto à validade de diagnóstico de algumas perturbações da personalidade; elevado grau de comorbilidade; grande heterogeneidade entre pacientes com o mesmo diagnóstico de perturbação da personalidade; uso de pontos de corte arbitrários; e ainda o facto do atual sistema de classificação não cobrir adequadamente as diversas manifestações das perturbações da personalidade, comprovado pelo uso excessivo do diagnóstico de “perturbação da personalidade sem outra especificação” (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016).

2.2. Modelo dos Cinco Fatores

O Modelo dos Cinco Fatores é uma representação dimensional da estrutura da personalidade bastante reconhecida e utilizada no estudo da personalidade (Costa & McCrae, 1992). Apesar de contemplar apenas as dimensões adaptativas da personalidade, este modelo também pode ser útil para a descrição da patologia da personalidade. Desta forma, pode ser utilizado como uma alternativa dimensional aos modelos categoriais da personalidade, pressupondo a continuidade entre as variações adaptativas e desadaptativas de traços da personalidade (Costa & McCrae, 1992).

Neste modelo, os traços de personalidade são definidos como “dimensões das diferenças individuais na tendência para apresentar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e ações” (Costa & McCrae, 1992). Estes têm uma base biológica, com maiores semelhanças em gémeos monozigóticos, tendo ou não crescido na mesma família (McCrae & Costa, 2013).

A construção deste modelo começou pela abordagem lexical, ou seja, com base nas palavras utilizadas diariamente para descrever a personalidade (McCrae & Costa, 2013). Isto culminou numa lista de traços, muitos deles redundantes, a qual foi reduzida a uma estrutura com cinco fatores principais através da análise fatorial. Estes cinco fatores são Neuroticismo (Afetividade negativa *versus* Estabilidade emocional), Extroversão (Atividade social *versus* Introversão), Abertura à Experiência (Intelecto e cultura *versus* Convencionalismo), Amabilidade (Socialização amigável *versus* Antagonismo) e Conscienciosidade (Constrangimento *versus* Desorganização; Costa & McCrae, 1992).

Este modelo levantou a ideia de que alguns traços comumente utilizados para descrever a personalidade se sobrepunham (e.g., traços de medo e ansiedade) e que outros estavam frequentemente associados (e.g., ansiedade e depressão). Desta forma, o modelo permitiu um entendimento mais simples e claro da estrutura da personalidade. Esta é composta por traços da personalidade que se esperam ter uma distribuição normal, sendo que a maioria das pessoas terão graus moderados de cada um desses traços, ficando nos extremos os casos menos comuns (McCrae & Costa, 2013).

Nos anos 70 acreditava-se que os traços da personalidade eram crenças que as pessoas tinham acerca de si próprias, não tendo qualquer validade, nomeadamente visto que estes não conseguiam prever comportamentos em laboratório (McCrae & Costa, 2013). Contudo, isto foi ultrapassado com investigações onde foram comparados resultados de auto e hétero-relato, onde se verifica uma concordância entre os dois. Este modelo ganhou também maior credibilidade com os estudos onde foram encontradas relações entre as dimensões deste e dimensões da personalidade avaliadas por instrumentos que operacionalizavam diferentes teorias da personalidade (McCrae & Costa, 2013).

Atualmente, considera-se que os traços têm um poder limitado na predição de simples comportamentos, mas são bons a prever padrões de comportamento observáveis a longo-prazo (McCrae & Costa, 2013).

Quanto à estabilidade temporal dos traços, esta parece ser relativa para os cinco domínios, embora ocorram ligeiras mudanças ao longo da vida. Os domínios Neuroticismo, Extroversão e Abertura à experiência tendem a diminuir e os domínios Amabilidade e Conscienciosidade tendem a aumentar com a idade (McCrae & Costa, 2013).

Hoje em dia, este é um modelo da personalidade bastante reconhecido e utilizado em diferentes contextos além da Psicologia da Personalidade, como a Psicologia das Organizações e a Psicologia Clínica, nomeadamente no estudo das perturbações da personalidade.

2.3. Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade

Dadas as críticas ao sistema categorial de classificação, têm surgido várias propostas de modelos alternativos para compreensão e diagnóstico das perturbações da personalidade, sugerindo que a personalidade deveria ser avaliada mediante traços clinicamente relevantes, independentemente de constituírem formalmente uma perturbação da personalidade (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012).

Apesar da abordagem dimensional não ser nova na área da psicologia da personalidade, esta geralmente não é utilizada no desenvolvimento dos sistemas de classificação psiquiátricos, que tendem a recorrer à autoridade clínica e aos modelos categoriais (Krueger & Markon, 2013). Apesar das suas vantagens, o uso exclusivo da abordagem dimensional pode ser desvantajoso, especialmente dadas as dificuldades acrescidas na comunicação eficaz entre profissionais (Al-Dajani et al., 2016). Daí a utilidade da criação de um modelo híbrido, evitando as consequências negativas de uma mudança radical de paradigma.

Neste sentido, o grupo de trabalho do DSM-5 que se dedica à personalidade e às suas perturbações, procurou encontrar uma alternativa para a classificação destas perturbações, que colmatasse algumas das falhas apontadas ao modelo categorial em vigor. Considerando as diferentes ideias e contribuições de cada membro, o objetivo seria a construção de uma abordagem de diagnóstico que fosse um híbrido entre a proposta dimensional e a categorial e que direcionasse a conceptualização e avaliação da personalidade no sentido de uma abordagem baseada em dados empíricos (Krueger, Hopwood, Wright, & Markon, 2014).

O resultado deste grupo de trabalho do DSM-5 foi a construção de um modelo alternativo para a conceptualização e diagnóstico das perturbações da personalidade. Este encontra-se na Secção III do DSM-5 (APA, 2014), sendo que na Secção II do manual está o modelo oficial de diagnóstico das perturbações da personalidade, correspondendo a uma atualização do texto do DSM-IV-TR. Desta forma, esta quinta edição do DSM torna-se na primeira a incluir um modelo alternativo cuja construção foi baseada em dados empíricos, incentivando-se a realização de investigações que testem a sua validade e utilidade clínica para a avaliação destas perturbações.

De acordo com este modelo alternativo proposto na Secção III do DSM-5 (APA, 2014), para que seja feito o diagnóstico de uma perturbação da personalidade é necessário verificar sete critérios, sendo os dois primeiros (A e B) os mais inovadores. Estes critérios serão necessários para o diagnóstico das seis perturbações da personalidade contempladas neste modelo, escolhidas com base nas suas prevalências, sendo elas as perturbações antissocial, evitante, estado-limite (*borderline*), narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Caso o

indivíduo não se enquadre em nenhuma destas perturbações, o seu perfil será formulado e analisado de acordo com as facetas que melhor o descrevem, recebendo o diagnóstico de “perturbação da personalidade especificada pelos traços” (Al-Dajani et al., 2016).

Começando pelo Critério A, este diz respeito às dificuldades do funcionamento próprio (identidade e autodireção) e interpessoal (empatia e intimidade), que são classificadas dentro de um contínuo e permitem ao clínico identificar qual a principal área de dificuldades do indivíduo, se na relação consigo mesmo ou se na relação com os outros (Al-Dajani et al., 2016). Este critério caracteriza aspetos como a estabilidade da autoestima, a forma como o sujeito se vê a si e aos outros, a mutualidade e limites interpessoais, identidade, capacidade de mentalização, funcionamento reflexivo e nível de desenvolvimento da personalidade (Waugh et al., 2017), sendo isto avaliado através da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade e medido em cinco graus de severidade.

Quanto ao Critério B, nele estão contempladas as variações desadaptativas dos traços da personalidade. O modelo alternativo de traços da personalidade em que se baseia este critério foi construído com base nos resultados de estudos empíricos, onde diferentes modelos de traços da personalidade foram analisados para a identificação de uma estrutura comum a todos eles. Destes estudos emergiram quatro domínios, cada um constituído por dois polos opostos (Krueger et al., 2012). Estes domínios, nos quais os autores se basearam para a construção do modelo alternativo de traços, eram: extroversão *versus* introversão, antagonismo *versus* complacência, constrangimento *versus* impulsividade e afetividade negativa *versus* estabilidade emocional, tendo sido proposto um quinto domínio que só encontrou representação no NEO PI-R, o da abertura à experiência *versus* convencionalismo (Krueger et al., 2012). Como este quinto domínio não apresentou correlações significativas com as perturbações da personalidade definidas no DSM-IV-TR, foi considerado outro domínio, cujo polo patológico era caracterizado por traços de bizarria, excentricidade e distorções ao nível cognitivo e percetivo, de maneira a contemplar características da perturbação esquizotípica da personalidade (Krueger et al., 2012). O foco deste modelo estava assim no polo patológico de cada domínio, visto que seria aí que, na maioria dos casos, se encontrariam as perturbações da personalidade (Krueger et al., 2012).

Assim, com base neste modelo alternativo de traços da personalidade, no Critério B são avaliados os traços desadaptativos da personalidade, estando estes organizados em cinco domínios principais e vinte e cinco facetas mais específicas, estrutura esta encontrada pelo grupo de trabalho do DSM-5 e que tem correspondência com a estrutura do Modelo dos

Cinco Fatores. As definições para cada domínio e faceta de acordo com o Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações da personalidade encontram-se no Anexo I.

Relativamente ao Critério C, este pretende averiguar como os défices no funcionamento do sujeito (Critério A) e os seus traços de personalidade desadaptativos (Critério B) têm um impacto negativo nos diversos contextos sociais e pessoais onde o sujeito se insere, dada a sua intrusividade e inflexibilidade (APA, 2014).

Além disto, o Critério D acrescenta a questão da relativa estabilidade destas dificuldades ao longo do tempo (APA, 2014) e, por fim, os critérios E, F e G pressupõem que os sintomas não podem ser melhor explicados por outra condição mental ou médica, nem pelo estágio de desenvolvimento ou contextos socioculturais (APA, 2014).

A utilidade clínica deste modelo deve-se ao facto de a avaliação se focar em diversas áreas da variação da personalidade, não se ficando apenas por um rótulo diagnóstico (APA, 2014). Isto, porque se construiu um modelo partindo de dados empíricos acerca das diferenças individuais, não se baseando apenas em observações e experiências clínicas (Krueger & Markon, 2013).

2.3.1. PID-5

Para auxiliar na avaliação dos traços desadaptativos da personalidade (Critério B) é construído o PID-5, Inventário da Personalidade para o DSM-5 (Krueger et al., 2012), um instrumento de autorrelato que operacionaliza o modelo de traços da personalidade do DSM-5, sendo constituído por 220 itens, que avaliam 25 facetas, cada uma delas constituída por entre quatro a 14 itens e integradas em cinco domínios mais gerais.

Na Secção III é incentivada a realização de investigações no âmbito do modelo de traços da personalidade do DSM-5 e respetivo instrumento de avaliação (PID-5). Neste sentido, vários investigadores se têm interessado pela relação entre a estrutura do PID-5 e a de outras medidas dimensionais da personalidade, confirmando uma estrutura organizada em cinco fatores semelhante à do Modelo dos Cinco Fatores (Al-Dajani et al., 2016; Waugh et al., 2017). Ou seja, a maioria dos estudos suporta a hipótese dimensional, onde patologia da personalidade corresponde a variantes extremas e desadaptativas de traços da personalidade normal (Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015).

As correlações entre estes cinco domínios do PID-5 e os de instrumentos como o NEO-PI-R, que avaliam a personalidade seguindo a estrutura do Modelo dos Cinco Fatores, tendem a ser de nível moderado ou forte, com exceção dos domínios Psicoticismo e Abertura à Experiência (Al-Dajani et al., 2016). Verifica-se uma relação direta entre o Neuroticismo e a Afetividade negativa, sendo que os restantes domínios (Extroversão e Desprendimento,

Amabilidade e Antagonismo, Conscienciosidade e Desinibição) apresentam relações inversas (Al-Dajani et al., 2016). Estudos com o PID-5 em amostras normativas e amostras clínicas permitiram verificar que as escalas tendiam a apresentar-se mais elevadas nas amostras clínicas, sugerindo uma boa capacidade discriminativa (Krueger & Markon, 2013).

Contudo, uma limitação deste instrumento é o facto de ser de autorrelato, limitando a informação recolhida à perspetiva de quem responde. Isto tem implicação na forma como os resultados devem ser analisados, sendo necessário um olhar cuidadoso e crítico na avaliação da personalidade e diagnóstico de perturbações da personalidade. O instrumento deve servir de complemento e não de meio exclusivo para tais fins (Krueger et al., 2012).

3. Perturbações do Comportamento Alimentar e Traços de Personalidade

Muitas vezes, o prognóstico de certas perturbações psiquiátricas é comprometido pela existência simultânea de problemas de personalidade (Crane, Roberts, & Treasure, 2007). No que se refere à investigação sobre as relações entre traços de personalidade e as perturbações do comportamento alimentar, é sabido que alguns traços podem mediar o seu desenvolvimento e manutenção (e.g., Wonderlich & Mitchell, 2001; Cassin & Ranson, 2005). Alguns destes estudos encontram traços característicos destas perturbações como um todo (e.g., Cassin & Ranson, 2005). Já outros encontram diferenças significativas em função dos diferentes tipos de perturbação (e.g., Wonderlich & Mitchell, 2001; Fairburn & Cooper, 2003; Bouça, 2014).

Os traços mais característicos de pacientes com perturbações do comportamento alimentar são o perfeccionismo, a obsessão-compulsão (Costin, 2007), o elevado neuroticismo ou afetividade negativa e os sentimentos de ineficácia (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, & Mitchell, 2006), o evitamento do dano, a baixa autodeterminação e cooperação, a impulsividade, a procura de sensações, o narcisismo, a necessidade de aprovação, de controlo e excessiva autonomia (Cassin & Ranson, 2005). Especificando o diagnóstico, pessoas com anorexia nervosa do tipo restritivo têm características como a inibição, a obsessão, a complacência e o perfeccionismo (Wonderlich & Mitchell, 2001). Outros autores acrescentam a presença de traços depressivos e ansiosos, irritabilidade, humor lábil, problemas de concentração, falta de interesse sexual e mais isolamento na anorexia nervosa (e.g., Fairburn & Cooper, 2003; Bouça, 2014). Quanto à bulimia nervosa, as características são a sensibilidade interpessoal, elevada instabilidade emocional e baixa autoestima (Wonderlich & Mitchell, 2001). Além disso, os traços depressivos e ansiosos também estão presentes, de maneira mais intensa do que na anorexia, existindo um subgrupo de pacientes com comportamentos auto-lesivos e abuso de substâncias (Fairburn & Cooper, 2003).

Quanto ao perfeccionismo, bastante comum enquanto característica da personalidade dos sujeitos com este tipo de diagnóstico, verificou-se que quanto maior o grau de perfeccionismo, maior a severidade dos sintomas da perturbação alimentar, estando este associado a menor peso corporal e maiores preocupações e rituais associados à alimentação (Halmi et al., 2000).

Em estudos realizados recorrendo a instrumentos que têm como base o Modelo dos Cinco Fatores, nomeadamente com o NEO-PI, os resultados apontam para que a sintomatologia das perturbações do comportamento alimentar se relacione com níveis mais elevados de Neuroticismo e Abertura à Experiência e mais baixos de Conscienciosidade e Amabilidade, não existindo relações significativas com o domínio Extroversão (Cassin & Ranson, 2005).

Na literatura encontram-se estudos que referem vários perfis de traços de personalidade em sujeitos com estas perturbações. Um exemplo é o estudo de Claes e colaboradores (2006), que recorrendo ao NEO-FFI, encontraram três perfis: um de pacientes altamente resilientes e funcionais; outro com pessoas emocionalmente instáveis e impulsivas, com elevado Neuroticismo e baixa Conscienciosidade e Amabilidade; e por fim, um terceiro grupo com elevado autocontrolo e constrangimento, elevado Neuroticismo e Conscienciosidade e baixa Abertura à Experiência. Contudo, nenhum destes perfis teve uma relação significativa a um subtipo específico de perturbação do comportamento alimentar, sugerindo heterogeneidade dentro deste grupo nosológico (Claes et al., 2006).

Um aspeto que é importante considerar é o efeito da fase da doença, ou seja, se a pessoa apresentará características da personalidade mais salientes nas diferentes etapas, nomeadamente na fase ativa da doença e após a recuperação. Nas fases ativas da doença, tanto na anorexia nervosa como na bulimia nervosa, são encontrados traços perfeccionistas, obsessivos, sentimentos de ineficácia, medo e desconfiança interpessoal, sendo específicos da bulimia nervosa a impulsividade e a instabilidade afetiva (Grilo, 2002). Por outro lado, depois da recuperação, mantêm-se apenas as características perfeccionistas, obsessivas e os sentimentos de ineficácia, tanto na anorexia nervosa, como na bulimia nervosa (Grilo, 2002).

Na vertente patológica da personalidade, sabe-se que entre 23-80% dos doentes com anorexia nervosa têm também um diagnóstico de perturbação da personalidade (Bouça, 2014). Comparando entre subtipos, o tipo purgativo tende a estar associado às perturbações da personalidade do cluster B e o tipo restritivo às do cluster C (Bouça, 2014). Os pacientes bulímicos estão mais vezes associados a perturbações da personalidade do cluster B, nomeadamente à perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade (e.g., Rosenvinge, Martinussen, & Østensen, 2000; Fairburn & Cooper, 2003).

Feita a comparação entre as perturbações alimentares e outras perturbações psiquiátricas, Grilo e colaboradores (1996; citados por Grilo, 2002) verificaram que a presença de uma perturbação da personalidade era mais comum no grupo de mulheres com perturbações do comportamento alimentar (83.9%), sendo a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade a que mais diferenciava entre estas e as que tinham outros diagnósticos psiquiátricos. Assim, a literatura científica indica a existência de algumas associações mais frequentes entre as perturbações do comportamento alimentar e perturbações da personalidade, nomeadamente entre a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade e a bulimia nervosa e o subtipo purgativo da anorexia nervosa; as perturbações do cluster C (principalmente a obsessivo-compulsiva e a evitante) e o subtipo restritivo da anorexia nervosa; e por fim, perturbações do cluster C (evitante e obsessivo-compulsiva) e a perturbação de ingestão compulsiva (Grilo, 2002).

Problematização

Este trabalho corresponde a uma tentativa de compreender a relação entre as perturbações do comportamento alimentar e a personalidade, fazendo-o através de dois modelos dimensionais da personalidade, o Modelo dos Cinco Fatores (McCrae & Costa, 2013) e o Modelo Alternativo de Traços da Personalidade do DSM-5 (APA, 2014).

Na revisão de literatura da secção anterior foram mencionados estudos sobre as relações entre estas perturbações e o Modelo dos Cinco Fatores (e.g., Claes et al., 2006), verificando-se, contudo, uma lacuna na investigação com o Modelo Alternativo do DSM-5. Sendo este um modelo que abrange o polo disfuncional da personalidade, será um modelo mais adequado à população clínica, a que pertencem os participantes do presente estudo.

No presente trabalho serão aplicadas as versões portuguesas do NEO-FFI (Magalhães et al., 2014; Pedroso-Lima et al., 2014) e do Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5; Pires, Ferreira, & Guedes, 2017). Quanto às hipóteses, não tendo conhecimento da existência de estudos sobre as relações entre os domínios e facetas do PID-5 e as perturbações do comportamento alimentar, as relativas ao PID-5 são exploratórias e baseiam-se na concetualização teórica subjacente ao modelo da personalidade do DSM-5 e na investigação que identifica semelhanças estruturais entre este e o Modelo dos Cinco Fatores (e.g., Krueger & Markon, 2014).

1. Objetivos e Hipóteses

São objetivos deste trabalho:

1. Caracterizar as perturbações do comportamento alimentar e diferenciá-las de outras perturbações psiquiátricas através do NEO-FFI, que operacionaliza o Modelo dos Cinco Fatores (McCrae & Costa, 2013).

Hipótese 1: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresente resultados superiores nos domínios Neuroticismo e mais baixos nos domínios Amabilidade, Extroversão e Conscienciosidade do NEO-FFI.

2. Caracterizar as perturbações do comportamento alimentar e diferenciá-las de outras perturbações psiquiátricas através do PID-5, que operacionaliza o modelo de traços da personalidade do DSM-5 (APA, 2014).

Hipótese 2: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresente resultados superiores nos domínios Afetividade negativa, Desprendimento, Antagonismo e Desinibição do PID-5.

Hipótese 2.1: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresente resultados superiores nas facetas Labilidade emocional, Ansiedade, Insegurança de separação, Hostilidade, Perseveração, Depressividade e Suspeição do domínio Afetividade negativa.

Hipótese 2.2: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresente resultados superiores nas facetas Afastamento, Evitamento de intimidade, Depressividade e Suspeição do domínio Desprendimento.

Hipótese 2.3: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do

comportamento alimentar apresente resultados superiores na faceta Hostilidade do domínio Antagonismo.

Hipótese 2.4: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresente resultados superiores nas facetas Impulsividade, Envolvimento em comportamentos de risco e Perfeccionismo rígido do domínio Desinibição.

3. Determinar que domínios e facetas do PID-5 melhor discriminam as perturbações do comportamento alimentar de outras perturbações psiquiátricas.

Hipótese 3.1. Espera-se que alguns domínios do PID-5 discriminem o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Hipótese 3.2. Espera-se que alguns facetas do PID-5 discriminem o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

4. Por fim, este estudo pretende ser um contributo para a validação do PID-5 e para a compreensão das suas potencialidades e limitações aquando da utilização com sujeitos da população clínica, nomeadamente com perturbações do comportamento alimentar.

Método

1. Participantes

Participaram neste estudo 266 indivíduos portugueses, que no momento da participação eram seguidos em unidades de Saúde Mental, tendo um ou mais diagnósticos psiquiátricos. De maneira a proceder às análises estatísticas necessárias, estes participantes foram divididos em dois grupos, um de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 237$) e outro com participantes com o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar ($n = 29$).

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 237)

	Nº de dados omissos	Frequência	Percentagem
Sexo	0		
Masculino		168	70.9%
Feminino		69	29.1%
Idade	7		
Mínima		18	
Máxima		68	
Média		43.96	
Desvio-padrão		11.15	
Escolaridade	1		
< 4º ano		27	11.4%
4º ano		10	4.2%
6º ano		35	14.8%
9º ano		61	25.8%
12º ano		66	28%
Licenciatura ou mais		37	15.7%

Quanto ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, são maioritariamente do sexo masculino (70.9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos ($M = 43.96$; $DP = 11.15$) e a maioria tem o 9º (25.8%) ou o 12º ano de escolaridade (28%). No Quadro 1 encontram-se estas características sociodemográficas expostas detalhadamente.

Relativamente aos diagnósticos, no presente estudo são considerados os diagnósticos principais e as comorbilidades. Quanto aos diagnósticos principais, ilustrados no Quadro 2, predominam as perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas (46.4%), seguidas das perturbações da personalidade (26.2%), das perturbações depressivas (16.9%) e das perturbações bipolares e perturbações relacionadas (6.8%). Quanto aos diagnósticos em comorbilidade, indicados em 32.5% dos sujeitos ($n = 77$), predominam as perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas (58.4%), seguidas das perturbações da personalidade (19.5%) e das perturbações depressivas (15.6%).

Quadro 2

Distribuição dos diagnósticos principais na amostra de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos (n = 237)

Diagnóstico Principal	Frequência	Percentagem
Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas	110	46.4%
Perturbações da Personalidade		
Perturbação Estado-Limite da Personalidade	45	19%
Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade	4	1.7%
Perturbação Antissocial da Personalidade	3	1.3%
Perturbação Dependente da Personalidade	3	1.3%
Perturbação Narcísica da Personalidade	3	1.3%
Perturbação Esquizotípica da Personalidade	1	0.4%
Perturbação Evitante da Personalidade	1	0.4%
Perturbação Paranoide da Personalidade	1	0.4%
Perturbação da Personalidade Sem Outra Especificação	1	0.4%
Perturbações Depressivas	40	16.9%
Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas	16	6.8%
Perturbações de Ansiedade	7	3%
Perturbações Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento	1	0.4%
Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas	1	0.4%

Acerca do grupo de participantes com perturbação do comportamento alimentar ($n = 29$), 27 têm este diagnóstico enquanto diagnóstico principal e os restantes enquanto diagnóstico em comorbilidade¹. Distinguindo os dois subtipos de anorexia nervosa, 58.6% ($n = 17$) são do tipo restritivo e 31% ($n = 9$) do tipo purgativo. Encontra-se também um sujeito com perturbação de ingestão compulsiva, um com bulimia nervosa e um com anorexia nervosa sem especificação. Quanto aos diagnósticos em comorbilidade, indicados em dez sujeitos (34.5%), dois correspondem a perturbações do comportamento alimentar (ver nota de rodapé), quatro a perturbações da personalidade, três a perturbações depressivas e um à perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas.

¹ Dado o reduzido número de participantes com perturbações do comportamento alimentar, optou-se por incluir neste grupo os dois participantes em que as perturbações do comportamento alimentar surgem como diagnóstico secundário. No participante com anorexia nervosa, o diagnóstico principal é perturbações depressivas e no caso do participante com bulimia nervosa, o diagnóstico principal é perturbação estado-limite da personalidade.

Neste grupo, a maioria dos sujeitos é do sexo feminino (93.1%), tem idades entre os 18 e os 55 anos ($M = 27.28$; $DP = 9.8$) e apenas um indivíduo tem um nível de escolaridade inferior ao 12º ano (3.4%). No Quadro 3 encontram-se as características sociodemográficas do grupo de sujeitos com perturbações do comportamento alimentar.

Quadro 3

Características sociodemográficas do grupo de sujeitos com perturbações do comportamento alimentar (n = 29)

	Frequência	Percentagem
Sexo		
Masculino	2	6.9%
Feminino	27	93.1%
Idade		
Mínima	18	
Máxima	55	
Média	27.28	
Desvio-padrão	9.79	
Escolaridade		
9º ano	1	3.4%
12º ano	14	48.3%
Licenciatura ou mais	14	48.3%

2. Instrumentos e medidas

Questionário Sociodemográfico

De maneira a recolher dados sociodemográficos para caracterizar os participantes do presente estudo, aplicou-se um breve questionário sociodemográfico, onde não foi pedida informação identificativa, garantindo-se a confidencialidade. Os itens abordavam questões relativas ao sexo, idade, nacionalidade e residência habitual (urbana ou rural), nível de ensino, situação laboral e profissão principal, situação económica, estado civil, agregado familiar e número de filhos, grau e qualidade das relações familiares e de amizade, crenças e práticas religiosas, identificação de doenças do foro físico e psicológico, uma autoavaliação do estado de saúde e a identificação de acontecimentos de vida traumáticos.

Inventário de Personalidade NEO-FFI

No presente estudo foi utilizada a Versão Portuguesa do NEO-FFI (Magalhães et al., 2014; Pedroso-Lima et al., 2014), versão reduzida do NEO-PI-R (Pedroso-Lima & Simões, 1997). Este é um inventário de autorrelato, escolhido por avaliar a personalidade em termos dimensionais na sua vertente normativa. Fá-lo com base no Modelo dos Cinco Fatores (McCrae & Costa, 2013), reconhecido pela sua validade na avaliação da personalidade e testado em diferentes populações. Neste modelo a avaliação da personalidade é feita em cinco grandes domínios: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C). A versão portuguesa (Magalhães et al., 2014) é constituída por 60 itens, respondidos numa escala de Likert de cinco pontos (0 = Discordo Fortemente, 1 = Discordo; 2 = Neutro; 3 = Concordo; e 4 = Concordo Fortemente). Pode aplicar-se em 15 minutos e, apesar de ser uma versão reduzida, manteve uma boa consistência interna com alfas de Cronbach entre os .68 e .86 no estudo original (Costa & McCrae, 1989, citado por Magalhães et al., 2014) e entre .71 e .81 na versão portuguesa (Magalhães et al., 2014).

Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5)

O PID-5, ou Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (Krueger et al., 2012; versão portuguesa de Pires et al., 2017) é um instrumento de avaliação que deriva do Modelo Alternativo do DSM-5 e avalia a presença e severidade de traços desadaptativos da personalidade, auxiliando o diagnóstico das perturbações da personalidade. Os seus itens avaliam cinco domínios: Afetividade negativa, Desprendimento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo; compostos por facetas específicas, todos descritos no Anexo I. A sua aplicação dura 40 minutos, sendo constituído por 220 itens de resposta através de uma escala de Likert de 4 pontos (0 = Muito falso ou Muitas vezes falso; 1 = Poucas vezes verdade; 2 = Algumas vezes verdade; e 3 = Muito verdade ou muitas vezes verdade).

Os resultados do estudo original (Krueger et al., 2012) apresentam valores de consistência interna que variam entre .84 (Desinibição) e .96 (Desprendimento e Psicoticismo) para os domínios e .72 (Grandiosidade) e .96 (Excentricidade) para as facetas. Na versão portuguesa (Pires et al., 2017), os valores dos alfas de Cronbach são semelhantes, variando entre .89 (Antagonismo e Desinibição) e .94 (Psicoticismo) para os domínios e .69 (Irresponsabilidade e Suspeição) e .95 (Excentricidade). Todos estes valores da consistência interna, bem como os do presente estudo, estão no Quadro 5 (ver página 32) para efeitos de comparação.

3. Procedimento

Este estudo insere-se no projeto “Personalidade e Psicopatologia I: Estudos de adaptação do *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult* para a população portuguesa”, tendo o protocolo de investigação sido aplicado a participantes da população clínica. A recolha da amostra foi feita em diversas unidades de Saúde Mental do país e os participantes foram referenciados pelos seus médicos assistentes, que forneceram os seus diagnósticos, após o seu consentimento.

Os critérios de inclusão foram a presença de um ou mais diagnósticos psiquiátricos e idade igual ou superior a 18 anos, sendo os de exclusão os diagnósticos de esquizofrenia, demência e deficiência mental. A todos os participantes foi dada uma breve explicação acerca do estudo e proposta a sua participação voluntária e confidencial. A todos os que aceitaram colaborar foi-lhes solicitado que assinassem um consentimento informado (Anexo II).

Consoante as características das instituições e a situação clínica dos participantes, algumas aplicações foram individuais e outras coletivas, algumas foram feitas presencialmente numa ou mais sessões e noutras os participantes responderam sem a presença do psicólogo, devolvendo posteriormente o protocolo. Este continha cinco instrumentos de avaliação dos quais, para os efeitos deste estudo, se analisaram apenas os resultados das versões portuguesas do Inventário de Personalidade NEO-FFI (Magalhães et al., 2014; Pedroso-Lima et al., 2014), do Inventário de Personalidade do DSM-5 (PID-5; Pires et al., 2017) e do Questionário Sociodemográfico.

Após a recolha de dados (outubro de 2017 - abril de 2018), estes foram inseridos numa base de dados no *software* estatístico *IBM SPSS Statistics 24* para a cotação e análise estatística.

Resultados

Antes de iniciar a análise dos dados procedeu-se à caracterização da consistência interna dos instrumentos utilizados nas duas amostras consideradas, a amostra com outras perturbações psiquiátricas ($n = 237$) e a amostra com perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$). Calculou-se o alfa de Cronbach para cada domínio do NEO-FFI e cada domínio e faceta do PID-5, bem como o impacto da exclusão de qualquer item na consistência interna do domínio ou faceta a que pertence. Apresentam-se estes resultados seguidamente nos Quadros 4 e 5.

De maneira a tomar uma decisão acerca de que tipo de procedimentos e técnicas estatísticas recorrer para avaliar as hipóteses de investigação, analisou-se a distribuição de cada variável em estudo. Utilizaram-se vários critérios para estudar se as diversas variáveis em estudo apresentavam uma distribuição aproximadamente normal: coeficientes de

assimetria e de curtose, testes de ajustamento de *Kolmogorov-Smirnov* ($N>50$) ou de *Shapiro-Wilks* ($N<50$) e representações gráficas denominadas por *Q-Q plots*.

1. Estudo metrológico

1.1. Inventário de Personalidade NEO-FFI

Precisão

Observando o Quadro 4, é possível verificar que os resultados da análise da consistência interna do NEO-FFI no presente estudo são semelhantes aos obtidos por Magalhães et al. (2014), para ambos os grupos de participantes, à exceção do domínio Amabilidade.

Analisando os valores alfas de Cronbach para cada domínio e o impacto da exclusão de cada um dos seus itens, destaca-se o domínio Abertura à experiência, em que a exclusão do item 28 aumentaria o valor do alfa de Cronbach de .62 para .73, na amostra de participantes com perturbação do comportamento alimentar. Contudo, o aumento registado é ligeiro e a dimensão da amostra em que isto se verifica é bastante reduzida, pelo que este item não foi excluído no presente estudo.

Quadro 4

Coeficientes de precisão dos domínios do NEO-FFI

		Alfa de Cronbach	
		Magalhães et al. (2014)	Presente estudo
			<i>n</i> = 237 <i>n</i> = 29
Neuroticismo	.81	.80	.83
Extroversão	.75	.73	.66
Abertura à experiência	.71	.64	.62
Amabilidade	.72	.54	.57
Conscienciosidade	.81	.81	.84

1.2. Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos

Precisão

No Quadro 5 apresentam-se os coeficientes de precisão deste instrumento no estudo original (Krueger et al., 2012), na versão portuguesa (Pires et al., 2017) e no presente estudo para ambos os grupos de participantes. De maneira geral, os resultados de consistência

interna são adequados. Os domínios têm uma boa consistência interna e em ambos os grupos de participantes, os valores dos alfas de Cronbach variam entre .94 (Antagonismo e Psicoticismo) e .89 (Desinibição). Nas facetas, no grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, apenas dois valores dos coeficientes alfa de Cronbach estão abaixo de .70, em Submissão (.58) e Suspeição (.53), onze entre .70 e .80, onze entre .80 e .90 e um acima de .90 (Excentricidade). Já no grupo de participantes com perturbações do comportamento alimentar, o padrão de resultados é semelhante, com apenas uma faceta com o valor de alfa de Cronbach abaixo de .70 (Irresponsabilidade), oito entre .70 e .80, doze entre .80 e .90 e quatro acima de .90.

A exclusão de alguns itens aumentaria os coeficientes de precisão de algumas facetas, nomeadamente na Suspeição, com a exclusão do item 177R a aumentar o alfa de Cronbach de .53 para .60, na amostra de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. Porém, os aumentos foram ligeiros, não justificando a exclusão de nenhum item.

Quadro 5

Coefficientes de precisão dos domínios e facetas do PID-5 – Adultos

	Alfa de Cronbach			
	Krueger et al.	Pires et al.	Presente estudo	
	(2012)	(2017)	<i>n</i> = 237	<i>n</i> = 29
Afetividade negativa	.93	.90	.92	.93
Labilidade emocional	.89	.84	.80	.78
Ansiedade	.91	.86	.76	.77
Insegurança de separação	.85	.80	.71	.84
Submissão	.78	.79	.58	.77
Hostilidade	.89	.81	.82	.78
Perseveração	.88	.79	.75	.80
Desprendimento	.96	.92	.92	.93
Afastamento	.93	.89	.84	.89
Evitamento da intimidade	.84	.82	.77	.86
Anedonia	.88	.86	.75	.81
Depressividade	.95	.91	.89	.91
Afetividade restrita	.73	.79	.71	.72

(continua)

Quadro 5

Coeficientes de precisão dos domínios e facetas do PID-5 – Adultos (continuação)

	Alfa de Cronbach			
	Krueger et al.	Pires et al.	Presente estudo	
	(2012)	(2017)	<i>n</i> = 237	<i>n</i> = 29
Suspeição	.73	.69	.53	.75
Antagonismo	.95	.89	.94	.94
Manipulação	.81	.76	.78	.79
Falsidade	.83	.80	.81	.89
Grandiosidade	.72	.77	.72	.72
Procura de atenção	.88	.86	.86	.92
Insensibilidade	.91	.77	.81	.81
Desinibição	.84	.89	.89	.89
Irresponsabilidade	.81	.69	.74	.60
Impulsividade	.77	.84	.79	.89
Distratibilidade	.91	.85	.82	.87
Env. comportamentos de risco	.85	.85	.83	.91
Perfeccionismo rígido	.90	.86	.83	.82
Psicoticismo	.96	.94	.94	.94
Crenças e exp. incomuns	.83	.79	.75	.84
Excentricidade	.96	.95	.92	.94
Desreg. cognitiva e percetual	.86	.80	.86	.82

Nota. Env. comportamentos de risco = Envolvimento em comportamentos de risco; Crenças e exp. incomuns = Crenças e experiências incomuns; Desreg. cognitiva e percetual = Desregulação cognitiva e percetual.

2. Análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo

A análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo foi feita considerando vários critérios e, sempre que estes indicadores conduziam a decisões diferentes relativamente à normalidade da distribuição, usou-se a regra da maioria. Considerando que no presente estudo se visa a comparação de duas populações, dispondo de duas amostras delas retiradas, foi testada a normalidade da distribuição das diversas variáveis para ambos os casos.

Assim, foi possível concluir que todos os domínios do Inventário da Personalidade NEO-FFI apresentam uma distribuição normal, tanto na população de participantes com perturbações do comportamento alimentar, como na população de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. Quanto ao Inventário de Personalidade para DSM-5 – Adultos (PID-5), foi também possível concluir que todos os domínios apresentam uma distribuição normal em ambas as populações. Já nas facetas, os resultados são diferentes para as duas populações. Nos participantes com outros diagnósticos, admite-se que 15 das 25 facetas têm uma distribuição normal, enquanto nos participantes com perturbações do comportamento alimentar, apenas duas das 25 facetas não apresentam uma distribuição normal (Hostilidade e Falsidade).

3. Teste de igualdade de valores médios para amostras independentes

De maneira a testar as hipóteses 1 e 2 do presente estudo, recorreu-se ao teste de igualdade de valores médios para amostras independentes.

Hipótese 1

Na primeira hipótese esperava-se que, comparando com o grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresentasse resultados mais elevados nos domínios Neuroticismo e mais baixos nos domínios Amabilidade, Extroversão e Conscienciosidade do NEO-FFI. No Quadro 6 apresentam-se os resultados do teste de igualdade de valores médios para amostras independentes recorrendo à estatística t (com distribuição t - de Student) para estes domínios.

Relativamente ao Neuroticismo, as pessoas com perturbações do comportamento alimentar obtiveram valores médios significativamente mais elevados do que as que pessoas com outros diagnósticos psiquiátricos ($p < .001$). No domínio Amabilidade, contrariamente ao esperado, os valores médios foram tendencialmente mais elevados no grupo de pessoas com perturbações do comportamento alimentar, embora não se tenham verificado diferenças significativas entre os dois grupos ($p = .052$). Já no que diz respeito ao domínio Extroversão, observa-se uma diferença significativa ($p < .001$) com valores médios mais baixos no grupo de pessoas com perturbações do comportamento alimentar, tal como era esperado. Por fim, quanto à Conscienciosidade, as diferenças observadas não se revelaram significativas ($p = .142$), embora se tenha verificado existirem médias mais elevadas na amostra de pessoas com perturbações do comportamento alimentar deste estudo.

Esta hipótese foi parcialmente confirmada, pois, comparadas às pessoas com outros diagnósticos psiquiátricos, as pessoas com perturbações do comportamento alimentar tendem a

obter valores médios superiores em Neuroticismo e inferiores em Extroversão, mas não tendem a apresentar valores médios significativamente diferentes em Amabilidade e em Conscienciosidade.

Quadro 6

Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar (Médias, Desvios-Padrão, estatística t e valor p) relativamente aos domínios do NEO-FFI

	Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos		Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar		t	p
	M	DP	M	DP		
Neuroticismo	28.56	7.78	34.07	7.46	-3.61	.000
Amabilidade	28.29	5.44	30.03	5.18	-1.63	.052
Extroversão	26.85	6.60	21.00	5.80	4.56	.000
Conscienciosidade	30.07	7.08	31.59	7.75	-1.07	.142

Hipótese 2

A segunda hipótese é que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresentará resultados médios superiores nos domínios Afetividade negativa, Desprendimento, Antagonismo e Desinibição do PID-5. No Quadro 7 apresentam-se os resultados do teste de igualdade de valores médios para amostras independentes recorrendo à estatística t (com distribuição t - de Student) para estes domínios do PID-5.

O único domínio onde não se verificou existirem diferenças significativas entre os dois grupos foi a Afetividade negativa, embora na amostra do presente estudo a média para este domínio seja mais elevada nas pessoas com perturbações do comportamento alimentar.

No domínio Desprendimento, verificou-se que seu resultado médio é significativamente superior no grupo com perturbações do comportamento alimentar do que no grupo com outros diagnósticos ($p < .001$). Já nos domínios Antagonismo e Desinibição, também se concluiu que existem diferenças significativas entre os dois grupos ($p = .001$; e $p = .028$, respetivamente). Contudo, estas diferenças divergem do que era esperado no presente estudo, com valores médios significativamente mais baixos de Antagonismo e Desinibição no grupo com

perturbações do comportamento alimentar e não no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos.

Esta hipótese foi parcialmente confirmada, pois, comparado ao grupo com outros diagnósticos, o grupo com perturbações do comportamento alimentar obteve valores médios superiores no domínio Desprendimento do PID-5, mas não em Afetividade negativa, Antagonismo e Desinibição.

Quadro 7

Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar (Médias, Desvios-Padrão, estatística t e valor p) relativamente aos domínios do PID-5

	Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos		Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar		t	p
	M	DP	M	DP		
Afetividade negativa	1.60	.50	1.67	.54	-.78	.219
Desprendimento	1.10	.49	1.63	.55	-5.40	.000
Antagonismo	1.00	.56	.65	.50	3.28	.001
Desinibição	1.30	.53	1.09	.56	1.93	.028

Hipótese 2.1

Colocaram-se hipóteses decorrentes da Hipótese 2, acerca das facetas do PID-5 onde se esperam encontrar as principais diferenças entre o grupo com outros diagnósticos e o grupo com perturbações do comportamento alimentar. No Quadro 8² apresentam-se os resultados do teste de igualdade de valores médios para amostras independentes recorrendo à estatística t (com distribuição t - de Student) para as facetas incluídas nestas hipóteses decorrentes da Hipótese 2.

Esta hipótese pressupõe que no grupo de pessoas com perturbações do comportamento alimentar, comparado ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, se encontrem níveis superiores em sete facetas do domínio Afetividade negativa: Labilidade emocional, Ansiedade, Insegurança de separação, Hostilidade, Perseveração, Depressividade e Suspeição.

² Neste quadro não se encontram os resultados para a faceta Hostilidade, dado que esta não tem uma distribuição normal no grupo com perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$) e foi necessário recorrer a métodos da estatística não-paramétrica. Estes encontram-se apresentados apenas em texto.

Quadro 8

*Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar (Médias, Desvios-Padrão, estatística *t* e valor *p*) relativamente às facetas do PID-5*

	Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos		Grupo com Perturbações do Comportamento Alimentar			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Labilidade emocional	1.57	.67	1.75	.62	-1.44	.076
Ansiedade	1.76	.57	2.03	.51	-2.42	.008
Inseg. de separação	1.46	.63	1.24	.70	1.80	.037
Perseveração	1.29	.55	1.65	.57	-3.36	.001
Depressividade	1.10	.63	1.81	.61	-5.71	.000
Suspeição	1.52	.48	1.24	.56	2.99	.002
Afastamento	1.14	.61	1.61	.64	-3.89	.000
Evit. da intimidade	.88	.72	1.25	.80	-2.58	.005
Impulsividade	1.50	.67	1.18	.77	2.36	.01
Env. comp. de risco	1.46	.55	1.27	.67	1.80	.037
Perfeccionismo rígido	1.41	.62	1.94	.52	-4.45	.000

Nota. Inseg. de separação = Insegurança de separação; Evit. da intimidade = Evitamento da intimidade; Env. comp. de risco = Envolvimento em comportamentos de risco.

Começando pelas facetas onde se encontraram diferenças significativas, em Ansiedade as pessoas com perturbações do comportamento alimentar têm valores médios significativamente superiores às pessoas com outros diagnósticos ($p = .008$) e o mesmo se verificou para as facetas Perseveração ($p = .001$) e Depressividade ($p < .001$). Quanto às facetas Insegurança de separação e Suspeição, apesar das diferenças serem significativas, estas divergem do que era esperado, estando os valores médios superiores no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos.

Em Labilidade emocional, as diferenças não foram significativas, embora exista uma tendência para o seu nível médio ser superior na população com perturbações do comportamento alimentar. Já em Hostilidade, não tendo uma distribuição normal na amostra das perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$), foi necessário recorrer a métodos da estatística não-paramétrica. Segundo o teste *U* de Mann-Whitney para amostras

independentes, apesar da média das ordens ser superior na amostra com perturbações do comportamento alimentar (*Média das ordens* = 145.48), comparativamente à amostra dos outros diagnósticos psiquiátricos (*Média das ordens* = 132.03), esta diferença não é estatisticamente significativa ($U = 3784$; $p = .187$).

Esta hipótese foi parcialmente confirmada, pois, comparado ao grupo com outros diagnósticos, o grupo com perturbações do comportamento alimentar tende a obter valores superiores nas facetas Ansiedade, Perseveração e Depressividade, mas não nas facetas Insegurança de separação, Suspeição, Labilidade emocional e Hostilidade.

Hipótese 2.2

Esperam-se resultados superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar em relação ao grupo com outros diagnósticos, nas seguintes facetas do domínio Desprendimento: Afastamento, Evitamento de intimidade, Depressividade e Suspeição.

Na faceta Afastamento, o valor médio é significativamente superior no grupo com perturbações do comportamento alimentar em relação ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ($p < .001$), acontecendo o mesmo em Evitamento da intimidade ($p = .005$). Já nas facetas Depressividade e Suspeição, estando simultaneamente inseridas nos domínios Afetividade negativa e Desprendimento, os seus resultados já foram mencionados em 2.1 (ver página 32). Esta hipótese é confirmada apenas parcialmente, visto que apesar de todas as diferenças serem significativas, uma delas vai no sentido contrário ao esperado (Suspeição).

Hipótese 2.3

Esta hipótese pressupunha que, comparado ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar apresentasse resultados superiores na faceta Hostilidade do domínio Antagonismo. Dado que a faceta Hostilidade é partilhada pelos domínios Afetividade negativa e Antagonismo e que já se verificou (ver hipótese 2.1, p. 32) que os dois grupos não se diferenciam significativamente quanto a esta faceta, esta hipótese não foi confirmada.

Hipótese 2.4

Espera-se que no domínio Desinibição se verifiquem valores médios superiores nas facetas Impulsividade, Envolvimento em comportamentos de risco e Perfeccionismo rígido no grupo com perturbações do comportamento alimentar, comparativamente ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos.

Contrariamente ao esperado, o valor médio da faceta Impulsividade é significativamente inferior no grupo com perturbações do comportamento alimentar em relação ao do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ($p = .01$), tal como em Envolvimento em comportamento de risco ($p = .037$). Por outro lado, o valor médio de Perfeccionismo rígido é significativamente superior no grupo com perturbações do comportamento alimentar quando comparado com o do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ($p < .001$). Confirma-se parcialmente esta hipótese, visto que apesar de todas as diferenças serem significativas, apenas uma vai no sentido esperado (Perfeccionismo rígido).

4. Análise Discriminante

Hipótese 3.1

Na terceira hipótese, espera-se que alguns domínios do PID-5 discriminem o grupo com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos.

Relativamente aos domínios do PID-5 e verificados os pressupostos de normalidade e de homogeneidade das matrizes de variâncias-covariâncias, aplicou-se o método de Análise Linear Discriminante *com seleção das variáveis explicativas passo a passo*, tendo sido extraída uma função linear discriminante. A seleção das variáveis passo a passo reteve apenas como variáveis discriminativas dos dois grupos em estudo, os domínios Afetividade negativa, Desprendimento, Antagonismo e Desinibição. Destes domínios, Afetividade negativa e Desprendimento apresentam resultados superiores no grupo das perturbações do comportamento alimentar. No Quadro 9 apresentam-se, para estes domínios, os coeficientes estandardizados destas variáveis na função discriminante e a respetiva significância estatística, tal como os valores médios e desvios-padrão para os dois grupos. Segundo o teste Lambda de Wilks, a função linear discrimina significativamente os dois grupos em estudo ($\Lambda = .804$; $X^2(4) = 57.179$; $p < .01$), confirmando-se esta hipótese.

Quadro 9

Resultados da Análise Discriminante (Coeficientes estandardizados dos domínios retidos na função discriminante; Valores médios e desvios-padrão para os dois grupos de participantes e significância estatística)

Variáveis	Coeficientes na função discriminante	Outros		PCA	
	Função	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Desprendimento	.965	1.10	.49	1.63	.55
Desinibição	-.651	1.29	.53	1.09	.56
Antagonismo	-.394	1.00	.56	.65	.50
Afetividade negativa	.345	1.60	.50	1.67	.54
Valor próprio	.244				
Variabilidade explicada	100%				
Valor <i>p</i>	<.001				

Nota. Outros = Outros diagnósticos (*n* = 237); PCA = perturbações do comportamento alimentar (*n* = 29).

Os resultados da classificação usando a referida função discriminante são apresentados no Quadro 10. A estimativa da percentagem de participantes classificados corretamente por substituição (isto é, usando a mesma amostra para definir e validar a função discriminante) foi de 97.9% para os outros diagnósticos psiquiátricos e de 37.9% para as perturbações do comportamento alimentar. Estas percentagens de participantes bem classificados não se alteraram usando o método de validação cruzada para estimar as referidas percentagens.

Quadro 10

Resultados da classificação (domínios)

		Grupo predito		Total
		Outros	PCA	
Original	Outras	232 (97.9)	5 (2.1)	237
	PCA	18 (62.1)	11 (37.9)	29
Validação cruzada	Outros	232 (97.9)	5 (2.1)	237
	PCA	18 (62.1)	11 (37.9)	29

Nota. Outros = Outros diagnósticos psiquiátricos; PCA = perturbações do comportamento alimentar.

Note-se pois que, apesar dos quatro domínios conseguirem discriminar os dois grupos, o modelo tem grande dificuldade em identificar os participantes com perturbações do comportamento alimentar.

Hipótese 3.2

Para as facetas do PID-5, esperava-se que algumas discriminassem os dois grupos em estudo. Mais uma vez, verificadas as condições de aplicação do método de Análise Discriminante, *com seleção das variáveis explicativas passo a passo*, foi extraída e uma função linear discriminante. Esta seleção reteve apenas como variáveis discriminativas dos dois grupos, as facetas: Anedonia, Irresponsabilidade, Perfeccionismo rígido, Suspeição, Grandiosidade, Hostilidade, Crenças e experiências incomuns, Excentricidade e Impulsividade.

Quadro 11

Resultados da Análise Discriminante (Coeficientes standardizados das facetas retidos na função discriminante e respetiva significância estatística; Valores médios e desvios-padrão para os dois grupos de participantes)

Variáveis	Coeficientes na função discriminante	Outros		PCA	
	Função 1	M	DP	M	DP
Anedonia	-.609	1.28	.57	2.03	.56
Irresponsabilidade	.494	1.01	.60	.67	.53
Perfeccionismo rígido	-.487	1.41	.62	1.94	.52
Suspeição	.415	1.52	.48	1.24	.56
Grandiosidade	.343	1.01	.63	.47	.44
Hostilidade	-.455	1.24	.62	1.34	.49
Cr. exp. incomuns	.395	1.04	.68	.66	.60
Excentricidade	-.393	1.14	.70	1.38	.79
Impulsividade	.308	1.50	.67	1.18	.77
Valor próprio	.682				
Variabilidade explicada	100%				
Valor <i>p</i>	< .001				

Nota. Cr. exp. incomuns = Crenças e experiências incomuns; Outros = Outros diagnósticos ($n = 237$); PCA = perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$).

Destas facetas, Anedonia, Perfeccionismo rígido, Hostilidade e Excentricidade apresentaram resultados superiores no grupo das perturbações do comportamento alimentar. No Quadro 11 podem observar-se os coeficientes estandardizados destas variáveis na função discriminante e respetiva significância estatística, bem como os valores médios e desvios-padrão para ambos os grupos em estudo.

De acordo com o teste Lambda de Wilks, a função linear discrimina significativamente os dois grupos ($\Lambda = .595$; $X^2(9) = 134.934$; $p < .001$), confirmando-se a hipótese proposta.

No Quadro 12 estão os resultados de classificação, sendo que a percentagem de indivíduos classificados corretamente estimada por substituição é de 98.3% no caso dos outros diagnósticos psiquiátricos e de 65.5% nas perturbações do comportamento alimentar. O mesmo se verifica quando estas percentagens são estimadas por validação cruzada. Note-se que a capacidade do modelo de Análise Discriminante identificar os participantes com PCA melhorou substancialmente com as facetas.

Quadro 12

Resultados da classificação (facetas)

Grupo original		Grupo predito		Total
		Outros	PCA	
Original	Outros	233 (98.3)	4 (1.7)	237
	PCA	10 (34.5)	19 (65.5)	29
Validação cruzada	Outros	233 (98.3)	4 (1.7)	237
	PCA	10 (34.5)	19 (65.5)	29

Nota. Outros = Outros diagnósticos psiquiátricos; PCA = perturbações do comportamento alimentar.

Discussão

Pretendeu-se com o presente estudo contribuir para um melhor entendimento acerca das perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente na sua relação com os traços da personalidade. Foram definidos objetivos, como caracterizar e diferenciar as perturbações do comportamento alimentar de outras perturbações psiquiátricas à luz de dois modelos dimensionais da personalidade (Modelo dos Cinco Fatores e Modelo de Traços da Personalidade do DSM-5), através dos dois instrumentos de avaliação que os operacionalizam (NEO-FFI e PID-5, respetivamente). Por fim, dada a escassez de investigação acerca das perturbações do comportamento alimentar recorrendo ao PID-5, pretendeu-se com este estudo determinar quais os domínios e facetas deste instrumento que melhor discriminam estas perturbações de outras perturbações psiquiátricas. Desta forma, procurou-se contribuir também para a validação do PID-5 – Adultos com amostras clínicas.

Uma característica muitas vezes associada às perturbações do comportamento alimentar é o elevado Neuroticismo (e.g., David & Claridge, 1998; Claes et al., 2006). Este resultado foi replicado no presente estudo, existindo uma diferença significativa entre o grupo com perturbações do comportamento alimentar e o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos para este domínio. Importa considerar que a amostra aqui analisada pertence à população clínica, sendo por isso esperados valores elevados nos dois grupos, tornando esta diferença ainda mais relevante. Este domínio mede a tendência para o mal-estar psicológico, estando fortemente associado à sintomatologia depressiva (McCrae & Costa, 2013). Também associadas à sintomatologia depressiva e elevado Neuroticismo estão as dificuldades de regulação emocional e a utilização de estratégias cognitivas desadaptativas, como a ruminação, catastrofização, autoculpabilização e falta de reavaliação positiva (e.g., John & Gross, 2004; Garnefski & Kraaij, 2006). Sabe-se que nas perturbações do comportamento alimentar é predominante um mal-estar geral, bem como uma insatisfação constante com o próprio corpo e baixa autoestima. O caráter obsessivo do pensamento em relação à imagem corporal tinge de enorme ansiedade a relação entre o paciente com uma perturbação do comportamento alimentar e a comida. Existe assim uma preocupação com o autocontrolo e alcance do corpo perfeito, bem como uma insatisfação interminável, que não se esgota com a constante perda de peso.

O paciente com uma perturbação do comportamento alimentar descreve sentir o seu corpo como um campo de batalha, experienciando emoções e sensações difíceis de gerir (Izydorczyk, 2017). Estas dificuldades de regulação emocional são muitas vezes associadas às perturbações do comportamento alimentar, levando à utilização de mecanismos de defesa, entre os quais

estão a clivagem, a identificação projetiva (Izydorczyk, 2017), a regressão, negação, intelectualização, entre outros (Gothelf et al., 1995). Há uma tentativa de bloquear as emoções e sensações corporais, o que se reflete na fraca consciência interoceptiva destes pacientes (Lilenfeld et al., 2006). Segundo a teoria acerca da mentalização (Bateman & Fonagy, 2012), estas dificuldades emocionais associam-se à qualidade da vinculação e ao papel de espelho materno, que terá sido deficitário. É necessário que a mãe empreste o seu aparelho psíquico ao bebé, dando significado àquilo que ele não consegue entender, como as suas necessidades e emoções. Importa que a mãe cumpra as funções de mãe suficientemente boa, nomeadamente o *holding* e o *handling* (Winnicott, 1971), já que estes aspetos juntamente com a sensibilidade e empatia maternas, são cruciais para alcançar um equilíbrio entre a intrusividade e a negligência, importante para o estabelecimento de uma vinculação segura (Brazelton & Cramer, 1993). Caso contrário, podem surgir dificuldades no desenvolvimento da capacidade de mentalização.

Sobre isto, Hilde Bruch (1973) refere que a “confusão interoceptiva” é consequente da constante fraca sincronia entre as necessidades da criança e as respostas dos cuidadores. As interpretações erradas acerca das necessidades da criança, levam-na a deixar de confiar na legitimidade dos seus sentimentos e experiências, gerando um sentimento de ineficácia (Bruch, 1973), ao que Bateman e Fonagy (2012) associam o seu conceito de auto-agência. A criança ganha um sentido de identidade e agência através da atenção recebida por parte do outro e da sua leitura das suas necessidades. Coimbra de Matos (1999) refere-se a algo semelhante quando destaca a importância de ser olhado pelo outro para que o sujeito se sinta único, especial e com uma identidade, o que é determinante para uma autoestima forte e estável.

No domínio do PID-5 conceptualmente correspondente ao Neuroticismo (Afetividade negativa), caracterizado pela vivência intensa e frequente de emoções negativas (APA, 2014), também se esperavam valores médios superiores no grupo das perturbações do comportamento alimentar. Contudo, a diferença não foi estatisticamente significativa, podendo dever-se à predominância de sujeitos com anorexia nervosa ($n = 26$), associados a maior inibição na expressão emocional (Wonderlich & Mitchell, 2001), contrariamente às pessoas com bulimia nervosa, associadas à instabilidade emocional (Grilo, 2002). Nestas perturbações está muitas vezes presente um encobrimento de experiências internas como a tristeza e a raiva (Skårderud & Fonagy, 2012), de forma a transparecer uma imagem de perfeição e controlo. Além disso, muitas vezes as emoções e sensações corporais estão misturadas e são difíceis de distinguir (Izydorczyk, 2017), o que se liga à alexitimia, comum nestas perturbações (Speranza, 2005).

Analisando as facetas do domínio Afetividade negativa, verificaram-se níveis médios superiores aos do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos na Ansiedade, Depressividade e

Perseveração. Estes são resultados congruentes com o esperado e com estudos que indicam os traços ansiosos e depressivos como comuns nestas perturbações (e.g., Fairburn & Cooper, 2003), tal como a tendência para continuar o mesmo tipo de comportamentos, mesmo quando atingidos níveis de magreza extrema (Bouça, 2014). Por outro lado, nas restantes facetas deste domínio os resultados não foram ao encontro do esperado. No caso de Insegurança de separação e Suspeição, os resultados indicam uma diferença significativa no sentido dos seus valores médios serem superiores no grupo com outros diagnósticos. Em Labilidade emocional e Hostilidade, as diferenças não foram significativas embora descritivamente os seus valores médios fossem superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Estes resultados podem ser interpretados à luz das características dos participantes do grupo com outros diagnósticos, onde há uma grande prevalência dos diagnósticos de perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas e de perturbações da personalidade, nomeadamente a perturbação estado-limite da personalidade. Por outro lado, há também que ter em consideração a reduzida dimensão do grupo com perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$), onde apenas dois participantes têm o diagnóstico de bulimia nervosa.

Quanto ao domínio Amabilidade do NEO-FFI, encontrou-se uma diferença marginalmente significativa no sentido do seu valor médio ser superior no grupo com perturbações do comportamento alimentar, quando neste eram esperados valores inferiores (e.g., Cassin & Ranson, 2005). Vários estudos verificaram que a irritabilidade está frequentemente associada às perturbações do comportamento alimentar, particularmente à anorexia nervosa (e.g., Grilo, 2002; Fairburn & Cooper, 2003; Claes et al., 2006; Bouça, 2014). Contudo, uma possível explicação para este resultado inesperado podem ser os padrões de vinculação mais comuns neste tipo de perturbações, dado que um aspeto crucial para o desenvolvimento da personalidade são as interações da criança com as pessoas do seu ambiente envolvente (Bruch, 1973). Além disso, a vinculação às figuras primárias tem impacto nas relações interpessoais posteriores (Tasca & Balfour, 2014) e, no que diz respeito à vinculação, as perturbações do comportamento alimentar são particularmente associadas à insegurança, ambivalência e evitamento (Zachrisson & Skårderud, 2010). Num estudo de Ward e colaboradores (2000), encontraram dois padrões de vinculação aparentemente contraditórios, um de procura de cuidado e outro de evitamento, indicadores de alguma ambivalência. Sendo a Amabilidade um domínio que avalia a tendência para o altruísmo, modéstia e honestidade (McCrae & Costa, 2013), níveis elevados são sugestivos de traços de personalidade facilitadores do estabelecimento de relações interpessoais, o que se enquadraria no polo da procura de contacto. De certa forma, esta procura de contacto pode ser pensada à luz do mecanismo de defesa da

regressão, dado que a sintomatologia destas perturbações surge como uma forma de ser gostado e de “continuar a ser criança”, rejeitando as mudanças pubertárias (Marcelli & Braconnier, 2005), podendo levar a uma atitude mais amável para com os outros.

É possível associar estes resultados em Amabilidade a uma vertente de maior dependência face às figuras de vinculação, corroborada pela presença de grandes necessidades de aprovação (e.g., Cassin & Rason, 2005) e pelo facto da autonomia ser mencionada por Sampaio (1998) como um dos principais focos do trabalho psicoterapêutico com estes pacientes. Além disso, recentemente foi encontrada uma associação positiva entre a Necessidade de Pertença e a vinculação ambivalente, a Amabilidade e o Neuroticismo (Dirksen & Weisberg, 2018).

Importa considerar o polo oposto, do afastamento e evitamento da proximidade, e para tal analisar resultados de domínios que, quando elevados, dificultam o estabelecimento de relações interpessoais, como o Antagonismo e o Desprendimento do PID-5. Começando pelo domínio Antagonismo do PID-5, conceptualmente correspondente ao polo oposto da Amabilidade do NEO-FFI, esperavam-se valores médios superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar e, embora tenham sido encontradas diferenças significativas, estas vão no sentido contrário, com valores mais elevados no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Isto é coerente com os resultados do domínio Amabilidade do NEO-FFI, visto que são domínios que avaliam tendências opostas e as elevações num correspondem a valores baixos no outro. O domínio Antagonismo, quando elevado, indica uma tendência para o sujeito se comportar de maneira desagradável, colocando-o em desacordo com os outros (APA, 2014). Quanto às suas facetas, apenas em Hostilidade se esperavam valores médios superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Esta é caracterizada por sentimentos de raiva persistentes, irritabilidade desproporcional e comportamento malicioso (APA, 2014), o que seria esperado dado que a irritabilidade é um traço frequentemente encontrado nas perturbações do comportamento alimentar (e.g., Fairburn & Cooper, 2003). Contudo, no presente estudo as diferenças não foram significativas entre os dois grupos para esta faceta, o que pode ter a ver com o reduzido tamanho da amostra com perturbações do comportamento alimentar ($n = 29$), bem como com a predominância do diagnóstico de anorexia nervosa, existindo nestas uma maior inibição das emoções (Wonderlich & Mitchell, 2001), devido à presença de um falso *self* (Winnicott, 1971) e à preocupação com ser gostado e aprovado pelos outros (e.g., Cassin & Rason, 2005; Skårderud, 2007), o que leva naturalmente ao evitamento do conflito. Por outro lado, importa considerar os traços de personalidade do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, onde as perturbações do uso de substâncias e perturbações aditivas são o diagnóstico mais frequente. Estes traços não foram analisados no presente estudo, pois

não fazia parte dos seus objetivos, porém estudos associam estas perturbações a baixa Amabilidade (e.g., Trull et al., 2004; Walton & Roberts, 2004; Landers & Lounsbury, 2006) e a traços das perturbações antissocial e estado-limite (*borderline*) da personalidade (e.g., Trull et al., 2004; Krueger et al., 2007).

Outra hipótese colocada remetia para valores médios inferiores no domínio Extroversão do NEO-FFI no grupo com perturbações do comportamento alimentar, comparativamente ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Congruente com os dados da literatura científica (e.g., Davis & Claridge, 1998), foi encontrada uma diferença extremamente significativa entre os dois grupos, com valores médios mais baixos no grupo das perturbações do comportamento alimentar. As perturbações do comportamento alimentar associam-se frequentemente à afetividade negativa (e.g., David & Claridge, 1998; Costin, 2007; Tasca & Balfour, 2014), maior introversão (Davis & Claridge, 1998) e isolamento, nomeadamente na anorexia nervosa (Bouça, 2014).

Seguindo para o domínio do PID-5 conceptualmente correspondente à Extroversão, no caso do Desprendimento esperavam-se valores médios mais elevados no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Este é um domínio que, quando elevado, indica a tendência para o evitamento de experiências socioemocionais e uma vivência emocional e afetiva restrita (APA, 2014), avaliando tendências no sentido oposto às do domínio Extroversão. Além da associação das perturbações do comportamento alimentar à introversão (e.g., Davis & Claridge, 1998), outros estudos sugerem uma relação entre estas perturbações, nomeadamente a anorexia nervosa tipo restritivo, e as perturbações evitante e obsessivo-compulsiva da personalidade (e.g., Grilo, 2002), nas quais, segundo o Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações da personalidade, estão presentes facetas do domínio Desprendimento.

No presente estudo, os resultados vão ao encontro do esperado, com uma diferença estatisticamente significativa em que os valores médios de Desprendimento são superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Para compreender melhor estes resultados, importa analisar as facetas que constituem este domínio e em relação às quais foram criadas hipóteses. Dado o isolamento social (Bouça, 2014) e a comorbilidade das perturbações do comportamento alimentar com a perturbação evitante da personalidade (e.g., Grilo, 2002; Claes et al., 2006), esperavam-se valores médios superiores nas facetas Afastamento e Evitamento da Intimidade no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Isto foi confirmado com diferenças extremamente significativas entre os dois grupos em estudo para ambas as facetas. Analisando estes resultados à luz da teoria da vinculação mencionada, à tendência para o evitamento de experiências relacionais pode associar-se um dos polos da

vinculação insegura ambivalente (Ward et al., 2000). Sobre isto, Jeammet (1992) associa a relação que a paciente com anorexia nervosa tem com a comida às suas relações de objeto, existindo em ambas um desejo de proximidade e dependência e um medo de perder o controle e se tornar excessivamente dependente, levando a um balancear entre proximidade e afastamento.

Estudos acerca das famílias de pacientes com perturbações do comportamento alimentar concluíram que estas se caracterizam pela intrusividade dos pais, nomeadamente da mãe, sentida como invasiva e competitiva (e.g., Polivy & Herman, 2002). Tais características poderão ser excessivas ao ponto de surgir a necessidade de separação do objeto, que o paciente com perturbação do comportamento alimentar sente como intrusivo. Contudo, esse objeto intrusivo é também aquele de quem o sujeito se encontra fortemente dependente. Sobre isto, importa referir o contributo de Minuchin (1974), que define as famílias de pacientes com anorexia como emaranhadas, onde as fronteiras são difusas e a diferenciação é deficitária, não sendo promovida a autonomia, mas sim a dependência entre os seus membros. Nestas famílias, o que acontece com um dos membros afeta fortemente todo o sistema (Minuchin, 1974), o que pode explicar o impacto que os acontecimentos familiares têm nestes pacientes, adoecendo muitas vezes após os mesmos (Romeo, 1986). Isto, juntamente com as dificuldades de mentalização características destas perturbações (Skårderud & Fonagy, 2012), poderá justificar a vulnerabilidade destes pacientes, colmatada através do recurso a mecanismos desadaptativos como a restrição alimentar, em que o autocontrolo lhes fornece um sentimento de segurança, facilitando a regulação emocional.

O défice na capacidade de diferenciação nas famílias emaranhadas, associa-se à teoria de Margaret Mahler acerca do processo de separação-individuação (1982). Considerando que as perturbações do comportamento alimentar têm a sua emergência na adolescência, é importante pensar que durante esse período é revivido o processo de separação-individuação, existindo a dialética entre a “conquista do outro” e a “busca de si” (Coimbra de Matos, 2002). O corpo pode ter um papel nesse processo, sendo-lhe atribuído um papel relacional, que data das primeiras interações mãe-bebé, nomeadamente no contexto da alimentação (Marcelli & Braconnier, 2005). Nestas interações, quando há uma sobrecarga das respostas da mãe face às necessidades do bebé, tal pode debilitar a sua capacidade de autonomia (Brazelton & Crammer, 1993) e este é um aspeto que parece estar presente nas perturbações do comportamento alimentar, com mães descritas como demasiado invasivas (e.g., Polivy & Herman, 2002). Assim, as dificuldades no processo de separação-individuação, com o estabelecimento de relações demasiado fusionais e promotoras de uma dependência excessiva, justificariam a

oscilação no padrão de vinculação entre procura de cuidado e afastamento. Tal poderá expressar-se através da elevada Amabilidade e baixo Antagonismo por um lado, e elevado Desprendimento pelo outro, pois, por um lado, há uma dependência excessiva em relação ao objeto cujo afastamento é sentido como ameaçador, mas, por outro lado, essa dependência impede a individuação e emergência do verdadeiro *self*.

Com base na literatura científica (e.g., Claes et al., 2006), no presente estudo esperava-se que no grupo com perturbações do comportamento alimentar os valores médios do domínio Conscienciosidade do NEO-FFI fossem inferiores aos do grupo com outros diagnósticos. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas, embora descritivamente os valores médios deste domínio tenham sido superiores na amostra de participantes com perturbações do comportamento alimentar.

No domínio do PID-5 conceptualmente correspondente à Conscienciosidade (Desinibição), esperavam-se valores médios superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar, comparativamente ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Este domínio avalia a tendência para o comportamento orientado pela gratificação imediata (APA, 2014), por isso esperar-se-iam valores médios mais elevados no grupo com perturbações do comportamento alimentar, dada a relação entre a bulimia nervosa e a anorexia nervosa tipo purgativo e a impulsividade (Claes et al., 2006) e a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade (Fairburn & Cooper, 2003). Encontrou-se uma diferença significativa entre os dois grupos do presente estudo, mas não no sentido esperado, pois estes valores foram superiores no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, o que poderá dever-se à predominância do diagnóstico de anorexia nervosa tipo restritivo neste grupo ($n = 17$). Um dos perfis de personalidade identificados na literatura (e.g., Claes et al., 2006) associa-se à anorexia nervosa tipo restritivo, sendo comum a elevada inibição (Wonderlich & Mitchell, 2001), o autocontrolo e constrangimento (Claes et al., 2006), e as perturbações evitante e obsessivo-compulsiva da personalidade (e.g., Grilo, 2002; Bouça, 2014). Os resultados do presente estudo para o domínio Desinibição parecem enquadrar-se neste perfil.

Mais especificamente, criaram-se hipóteses para três das facetas do domínio Desinibição: Impulsividade, Envolvimento em comportamentos de risco e Perfeccionismo rígido. Quanto às facetas Impulsividade e Envolvimento em comportamentos de risco, os resultados do presente estudo contrariam o esperado, dado que os valores médios das mesmas são inferiores no grupo das perturbações do comportamento alimentar. Uma possível explicação será novamente a maior prevalência do diagnóstico de anorexia nervosa tipo restritivo no grupo com perturbações do comportamento alimentar e a sua ligação a maior inibição (Wonderlich & Mitchell, 2001) e

autocontrolo (Claes et al., 2006), justificando níveis inferiores nestas facetas. Outra possível leitura destes resultados prender-se-ia com as características do grupo com outros diagnósticos, onde predominam as perturbações do uso de substâncias e perturbações aditivas, bem como a perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, ambas frequentemente associadas a dificuldades de controlo dos impulsos (e.g., Trull & Sher, 2004; Lander & Lounsbury, 2004; Krueger et al., 2007). Por fim, na faceta Perfeccionismo rígido encontraram-se diferenças extremamente significativas e, tal como era esperado, os valores médios são superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar, comparativamente ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Estes resultados vão ao encontro do que tem sido verificado em estudos anteriores (e.g., Halmi et al., 2000; Grilo, 2002; Cassin & Rason, 2005; Costin, 2007), onde o perfeccionismo surge como característica central na personalidade de pacientes com perturbações do comportamento alimentar. Esta tendência associa-se a duas dimensões da vinculação, ansiedade e evitamento (Ulu & Tezer, 2010), e é um indicador de modelos internos do *self* e dos outros negativos. Segundo Ulu e Tezer (2010), estes sujeitos tendem a vivenciar as situações desafiantes como muito negativas, sentindo-se com medo de falhar e, conseqüentemente, de serem abandonados/rejeitados. Isto é coerente com a necessidade de aprovação e reconhecimento frequentemente presente nas perturbações do comportamento alimentar (Skårderud, 2007).

Assim, foi possível alcançar os dois primeiros objetivos colocados no presente estudo, tendo sido encontradas várias diferenças significativas entre o grupo com perturbações do comportamento alimentar e o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Foi possível caracterizar as perturbações do comportamento alimentar à luz do Modelo dos Cinco Fatores, recorrendo ao NEO-FFI e os resultados sugerem níveis superiores de Neuroticismo, tendencialmente superiores de Amabilidade e inferiores de Extroversão em sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, comparativamente a sujeitos com outros diagnósticos psiquiátricos. Foi também possível caracterizar estas perturbações à luz do Modelo de Traços da Personalidade do DSM-5, através do PID-5, e os resultados indicam níveis superiores de Desprendimento e inferiores de Antagonismo e Desinibição em sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, comparativamente a sujeitos com outros diagnósticos psiquiátricos. Surgiram também diferenças significativas nas facetas do PID-5 e os resultados indicam níveis mais elevados de Ansiedade, Perseveração, Depressividade, Evitamento da Intimidade, Afastamento e Perfeccionismo rígido em sujeitos com perturbações do comportamento alimentar. Por outro lado, este grupo obteve resultados significativamente

inferiores aos do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos nas facetas Suspeição, Impulsividade, Insegurança de separação e Envolvimento em comportamentos de risco.

Além destes objetivos, pretendeu-se também com o presente estudo, entender quais os domínios e facetas do PID-5 que melhor discriminam as perturbações do comportamento alimentar de outros diagnósticos psiquiátricos. Os resultados da análise discriminante apontam para que, dos cinco domínios do PID-5, apenas o Psicoticismo não seja essencial para discriminar sujeitos com perturbações do comportamento alimentar de sujeitos com outros diagnósticos psiquiátricos. O domínio que melhor discrimina os dois grupos é o Desprendimento, mais elevado no grupo com perturbações do comportamento alimentar, corroborando o que é referido na literatura científica acerca das perturbações do comportamento alimentar estarem frequentemente associadas ao isolamento social (Bouça, 2014), ao afastamento e evitamento da intimidade (e.g., Grilo, 2002; Claes et al., 2006). De seguida, o domínio Desinibição, mais baixo no grupo com perturbações do comportamento alimentar, bem como o domínio Antagonismo. Por fim, surge a Afetividade negativa, com valores médios superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Este resultado é concordante com o que é referido na literatura quanto à maior prevalência de afetividade negativa, depressividade e ansiedade nos sujeitos com estas perturbações (e.g., David & Claridge, 1998; Grilo, 2002; Costin, 2007). Apesar de não se terem encontrado diferenças significativas nesta variável através do teste de igualdade de valores médios para amostras independentes, no conjunto do modelo esta torna-se relevante para a discriminação entre os dois grupos.

Segundo a análise discriminante, são nove as facetas do PID-5 que melhor discriminam os sujeitos do grupo com perturbações do comportamento alimentar dos sujeitos do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Quatro delas são a Anedonia, o Perfeccionismo rígido, a Hostilidade e a Excentricidade e têm níveis médios superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. As restantes cinco facetas são Irresponsabilidade, Suspeição, Grandiosidade, Crenças e experiências incomuns e Impulsividade, com níveis inferiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Para algumas destas facetas (e.g., Perfeccionismo rígido, Suspeição e Impulsividade), a análise através do teste de igualdade de valores médios para amostras independentes já tinha refletido a sua relação com as perturbações do comportamento alimentar, tendo sido os seus resultados acima interpretados. Passando para a faceta com maior poder discriminativo, em Anedonia verificam-se resultados superiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar, o que é indicador de insatisfação com a vida e de uma incapacidade para sentir prazer e interesse nas coisas (APA,

2014), congruente com a insatisfação presente nas perturbações do comportamento alimentar. De seguida, Irresponsabilidade é a segunda faceta com maior poder discriminativo, tendo níveis inferiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Isto é coerente com as características do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, dada a elevada prevalência de sujeitos com perturbações do uso de substâncias e perturbações aditivas. Tal como nas facetas Suspeição, Grandiosidade e Crenças e Experiências Incomuns, capazes de discriminar os dois grupos e com níveis inferiores no grupo com perturbações do comportamento alimentar. Já a faceta Hostilidade, esta surge também com elevado poder discriminativo e com níveis superiores em sujeitos com perturbações do comportamento alimentar. Este resultado é congruente com a irritabilidade frequente nas perturbações do comportamento alimentar (Fairburn & Cooper, 2003). Apesar de anteriormente não terem sido encontradas diferenças significativas através do teste *U* de Mann-Whitney para amostras independentes, esta é uma das facetas essencial no modelo da análise discriminante do presente estudo, o que se poderá dever a uma maior capacidade da análise multivariada para refletir a complexidade da personalidade. Por fim, a última faceta com poder discriminativo a ser incluída no modelo é a Excentricidade, com níveis superiores nos sujeitos com perturbações do comportamento alimentar. Esta faceta integra-se no domínio Psicoticismo e corresponde à presença de comportamentos, pensamentos ou discursos estranhos e incomuns (APA, 2014). Estes doentes têm muitas vezes pouco *insight* em relação à doença e dificuldades em perceber a severidade da mesma, recorrendo frequentemente à negação (Gothelf, 1995) o que, possivelmente, levará ao sentimento de não serem compreendidos e à perceção de que têm comportamentos e pensamentos incomuns e incompreensíveis para os outros.

Alcançou-se o terceiro objetivo do presente estudo, com a identificação dos domínios e facetas do PID-5 que melhor discriminam sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, de sujeitos com outros diagnósticos psiquiátricos. Tratando-se da população clínica, os resultados do presente estudo são particularmente importantes, pois o facto dos resultados de alguns domínios e facetas surgirem com diferenças significativas, é indicador de que estes realmente se distinguem como traços da personalidade essenciais na caracterização das perturbações do comportamento alimentar. Desta forma, foi também alcançado o quarto objetivo deste estudo, sendo que o PID-5 se revelou um instrumento válido aquando da caracterização das perturbações do comportamento alimentar, fazendo-o com bons resultados ao nível da precisão.

Conclusões

O presente estudo propôs-se a explorar as relações entre as perturbações do comportamento alimentar e a personalidade, através de dois modelos dimensionais, o Modelo dos Cinco Fatores e o Modelo Alternativo de Traços da Personalidade do DSM-5.

Os objetivos colocados foram alcançados e foi possível caracterizar as perturbações do comportamento alimentar em termos de traços da personalidade, comparando-as com outros diagnósticos psiquiátricos. Quanto ao Modelo dos Cinco Fatores, operacionalizado através do NEO-FFI, verificou-se que pessoas com perturbações do comportamento alimentar tinham níveis mais elevados de Neuroticismo e Amabilidade e mais baixos de Extroversão. Quanto ao Modelo Alternativo de Traços da Personalidade do DSM-5, operacionalizado através do PID-5, os resultados do apontam para que as pessoas com perturbações do comportamento alimentar tenham níveis mais elevados de Desprendimento e mais baixos de Antagonismo e Desinibição. Quanto às facetas, pessoas com perturbações do comportamento alimentar têm níveis mais elevados de Ansiedade, Perseveração, Depressividade, Afastamento, Evitamento da intimidade e Perfeccionismo rígido; e níveis mais baixos de Insegurança de separação, Suspeição, Impulsividade e Envolvimento em comportamentos de risco. Alguns destes resultados são congruentes com o esperado, dada a literatura científica existente, enquanto outros contrariam essas expectativas. Ensaando algumas explicações para os resultados inesperados, poderão dever-se a características da amostra do presente estudo e à coexistência de perfis de personalidade diferentes frequentemente encontrados nas perturbações do comportamento alimentar (e.g., Claes et al., 2006). No presente estudo, foram ainda identificados os domínios e facetas que melhor discriminam as perturbações do comportamento alimentar de outros diagnósticos psiquiátricos, sendo eles todos os domínios à exceção do Psicoticismo e nove facetas: Anedonia, Irresponsabilidade, Perfeccionismo rígido, Suspeição, Grandiosidade, Hostilidade, Crenças e experiências incomuns, Excentricidade e Impulsividade.

Limitações do presente estudo e investigações futuras

Uma limitação do presente estudo é o reduzido tamanho da amostra com perturbações do comportamento alimentar, em que nem todos os participantes tinham este diagnóstico como diagnóstico principal. Outra limitação é a variável fase da doença, que não foi controlada, estando os participantes em diferentes fases da doença e modalidades de tratamento, podendo isto influenciar os resultados, como demonstrou Grilo (2002). Outras limitações são, por um

lado, o facto do processo da recolha de dados não ter sido realizado de forma igual para todos os participantes (i.e., algumas aplicações foram coletivas, outras individuais, na presença do examinador ou sem essa presença, numa única sessão ou em várias sessões), o que impediu o controlo de variáveis estranhas que possam ter interferido (e.g., presença de outras pessoas, flutuações do humor, cansaço, entre outras). Por outro lado, foi também impossível comparar sujeitos com diferentes tipos de perturbações do comportamento alimentar, dado o reduzido tamanho da amostra.

Em estudos futuros seria interessante a realização de um estudo com uma amostra maior, que possibilitasse a diferenciação de diagnósticos dentro das perturbações do comportamento alimentar, explorando os diferentes perfis de personalidade encontrados na literatura (eg., Claes et al., 2006) associados aos diferentes tipos destas perturbações. Seria também importante perceber se a presença acentuada de alguns traços de personalidade é mediada pela fase da doença e que traços se mantêm salientes e quais se desvanecem com o tratamento.

Implicações para a investigação e prática clínica.

Este estudo é um contributo para a validação do Inventário para a Personalidade do DSM-5 (PID-5) e para um entendimento mais aprofundado acerca das dimensões desadaptativas da personalidade de sujeitos com perturbações do comportamento alimentar. Os resultados permitiram dar conta da saliência de alguns traços desadaptativos da personalidade, que podem ser foco da terapia, indo além das questões alimentares e do estabelecimento de um peso saudável.

Referências bibliográficas

- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62-81. doi: 10.1080/00223891.2015.1107572
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington: American Psychiatric Publications.
- Becker, A. E. (2004). Television, disordered eating, and young women in fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 533–559. doi: 10.1007/s11013-004-1067-5
- Bordo, S. (2003) *Unbearable Weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Bouça, D. (2014). Doenças do comportamento alimentar. In. M. L. Figueira, D. Sampaio, & A. Afonso (Eds.), *Psiquiatria Clínica* (pp. 239-260). Lisboa: Lidel.
- Branch, H., & Eurman, L. J. (1980). Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 631-632. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.137.5.631>

- Brazelton, T. B., Cramer, B., & Duarte, M. F. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Cassin, S. E., & Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Science Direct*, 25, 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., Soenens, B., Pieters, G., & Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 401-416. doi: 10.1521/pedi.2006.20.4.401
- Coimbra de Matos, A. (1999). Ser único e ter rosto: O binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 11-21.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders*, 6(4), 343-359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- Costin, C. (2007). *The Eating Disorder Sourcebook*. New York: McGraw Hill.

- Crane, A. M., Roberts, M. E., & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 581-588. doi: 10.1002/eat.20419
- Davis, C., & Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: A psychobiological perspective. *Addictive Behaviors*, 23(4), 463–475. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00009-4
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Pode ser consultado em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Dirksen, C., & Weisberg, Y. (2018). You and your interactions: Big Five aspects, attachment insecurity, and the need to belong. In *Linfield College student symposium: A celebration of scholarship and creative achievement*. Event. Submission 41. <http://digitalcommons.linfield.edu/symposium/2018/all/41>
- Dominy, N., Johnson, W. B., & Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology*, 134(1), 23-36. doi: 10.1080/00223980009600846
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2014). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 670-702). New York: Guilford publications.

- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.425
- Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A comentary. *American Journal of Psychiatry*, 137(9), 1050-1054. doi: 10.1176/ajp.137.9.1050
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123-150. doi: 10.1007/BF01183887
- Gomes, J. (2013). *Perturbações de personalidade: Alterações previstas no DSM-5*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, S., Machado, B., Silva, C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Cao, L., & Machado, P. P. (2016). The moderating role of purging behaviour in the relationship between sexual/physical abuse and nonsuicidal self-injury in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 164-168. doi: 10.1002/erv.2415

- Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., & Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1648-1654. <https://doi.org/10.1097/00004583-199512000-00015>
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 18-24. <https://doi.org/10.1007/s11920-002-0007-8>
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*, New York: Routledge.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., ... Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1799
- Izydorczyk, B. (2017). Body image psychotherapy in anorexia and bulimia nervosa - an integrative approach: Application of psychodynamic psychotherapy and psychodramatic techniques. *Psychoterapia*, 1, 5-22.
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 174-179. doi: 10.1002/eat.20484

- Jeammet, P. (1992). From a fear of getting fat to a desire of becoming thin. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 13(5), 398-399. doi: 10.1016/1054-139X(92)90038-D
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73, 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11-23. doi: 10.1002/1098-108X(198901)8:1<11::AID-EAT2260080103>3.0.CO;2-1
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2013). The role of DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality

- and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 7.1-7.25. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behaviour, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of abnormal psychology*, 116(4), 645. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.645>
- Laliberté, M., Boland, F. J., & Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of clinical psychology*, 55(9), 1021-1040. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199909)55:9<1021::AID-JCLP1>3.0.CO;2-G
- Landers, R. N., & Lounsbury, J. W. (2006). An investigation of Big Five and narrow personality traits in relation to Internet usage. *Computers in Human Behaviour*, 22(2), 283-293. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.06.001>
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299– 320. doi: 10.1016/j.cpr.2005.10.003
- Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Brandão, I., Roma-Torres, A., Høek, H. W., & Machado, P. P. (2016). Anorexia nervosa versus bulimia nervosa: Differences based on retrospective correlates in a case–control study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(2), 185-197. doi: 10.1007/s40519-015-0236-6

- Machado, P. P. P., Gonçalves, S., & Hæk, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 60-65. doi: 10.1002/eat.22040
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). Psicopatologia dos comportamentos centrados no corpo. In D. Marcelli & A. Braconnier (Eds.), *Adolescência e Psicopatologia* (pp. 149-197). Lisboa: Climepsi.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2013). Introduction to the empirical and theoretical status of the five-factor model of personality traits. In T. A. Widiger & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 15-27). Washington: American Psychological Association.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Pires, R., Ferreira, A. S., & Guedes, D. (2017). The psychometric properties of the Portuguese version of the Personality Inventory for DSM-5. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 468-475. doi: 10.1111/sjop.12383

- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130. doi: 10.1002/erv.761
- Romeo, F. F. (1986). *Understanding anorexia nervosa*. Springfield: Charles C Thomas.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 202-208. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200009\)28:2<202::AID-EAT9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200009)28:2<202::AID-EAT9>3.0.CO;2-G)
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a metanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 5(2), 52-61. <https://doi.org/10.1007/BF03327480>
- Sampaio, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: Caminho.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa - an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(5), 323-339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>

- Skårderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 347-383). Washington: American Psychiatric Publications.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., ... & Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135(2), 153-163. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.04.001>
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 343-354. doi: 10.1037/abn0000035
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic psychiatry*, 42(2), 257-276. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.2.257>
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009
- Trull, T. J., Waudby, C. J., & Sher, K. J. (2004). Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 65-75.

- Ulu, I. P., & Tezer, E. (2010). Adaptive and maladaptive perfectionism, adult attachment, and big five personality traits. *The Journal of Psychology*, 144(4), 327-340. <https://doi.org/10.1080/00223981003784032>
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193. doi: 10.1002/1098-108X(199303)13:2<187::AID-EAT2260130206>3.0.CO;2-9
- Walton, K. E., & Roberts, B. W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38(6), 515-535. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.01.002>
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 370-376. doi: 10.1002/1098-108X(200012)28:4<370::AID-EAT4>3.0.CO;2-P
- Waugh, M. H., Krueger, R. F., Pincus, A. L., Hopwood, C. J., Morey, L. C., & Wright, A. G. C. (2017). Psychological assessment with the DSM–5 alternative model for personality disorders: Tradition and innovation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 79-89. doi: 10.1037/pro0000071
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.

Wonderlich, S., & Mitchell, J. E., (2001). The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 249-258. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70221-5

Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106. doi: 10.1002/erv.999

Anexos

Anexo I

Definições dos domínios e facetas do Modelo Alternativo de Traços da Personalidade do DSM-5 (adaptado de APA, 2014)

Afetividade negativa (*versus* estabilidade emocional):

Intensa e frequente experiência de um largo leque de emoções negativas (e.g., ansiedade, depressão, vergonha) e respetivas manifestações comportamentais e interpessoais.

Labilidade emocional: instabilidade de experiências emocionais, que são intensas, facilmente despoletadas e desproporcionais.

Ansiedade: frequente sentimento de nervosismo ou pânico em diferentes situações, em relação ao passado e ao futuro; pessimismo.

Insegurança de separação: medo de ficar só e ser abandonado pelas pessoas significativas, não acreditando ser capaz de cuidar de si próprio.

Submissão: adaptação do comportamento a interesses e desejos efetivos ou percebidos dos outros, em detrimento dos próprios interesses e desejos.

Hostilidade: frequentes sentimentos de raiva ou irritabilidade desproporcionais e comportamento malicioso ou vingativo.

Perseveração: persistência em comportamentos mesmo depois de se terem provado ineficazes ou disfuncionais.

Depressividade: (ver Desprendimento)

Suspeição: (ver Desprendimento)

Afetividade restrita (ausência de): (ver Desprendimento)

Desprendimento (*versus* Extroversão):

Evitamento de experiências socioemocionais com afastamento de interações interpessoais e experiência afetiva restrita.

Afastamento: preferência por estar sozinho e evitamento de situações sociais.

Evitamento de intimidade: evitamento de relações próximas ou românticas e de relações sexuais íntimas.

Anedonia: insatisfação e falta de energia em relação à vida e incapacidade de sentir prazer e interesse nas coisas.

Depressividade: sentir-se em baixo e sem esperança; sentimentos de menos-valia em relação ao próprio; ideação suicida.

Afetividade restrita: pouca reatividade a situações que despertam emoções, experiência emocional constrangida e desinteresse em situações envolventes.

Suspeição: expectativa e sensibilidade a sinais de má-intenção, dúvidas sobre a lealdade dos outros, sentir-se maltratado e perseguido.

Antagonismo (*versus* Agradabilidade):

Comportar-se de forma a colocar-se em desacordo com os outros, como um sentimento de autoimportância exagerado e expectativa de tratamento especial, com antipatia pelos outros que passa pela desconsideração das suas necessidades e pela sua utilização em benefício próprio.

Manipulação: uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros e atingir objetivos pessoais.

Falsidade: representação errônea e desonesta do próprio; embelezamento no relatar de eventos.

Grandiosidade: sentimentos de superioridade e condescendência em relação aos outros e acreditar merecer tratamento especial.

Procura de atenção: envolver-se em comportamentos que foquem em si a atenção e admiração dos outros.

Insensibilidade: Despreocupação com os sentimentos e problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso das consequências negativas das suas ações.

Hostilidade: (ver Afetividade negativa)

Desinibição (*versus* Conscienciosidade):

Comportamento impulsivo e orientado para a gratificação imediata, sem consideração pelas consequências futuras.

Irresponsabilidade: desconsideração por obrigações ou compromissos, desrespeito por acordos e promessas, falta de cuidado com a propriedade dos outros.

Impulsividade: agir pelo impulso momentâneo em resposta a estímulos imediatos, sem plano ou consideração dos resultados, dificuldade em estabelecer e seguir planos, sentimento de urgência e comportamento autoagressivo sob mal-estar emocional.

Distratibilidade: dificuldade em concentrar-se nas tarefas, atenção facilmente desviada por estímulos externos e dificuldade em manter o foco no objetivo.

Envolvimento em comportamentos de risco: envolver-se em atividades perigosas e potencialmente autolesivas, sem necessidade nem consideração pelas consequências; negação da realidade do perigo.

Perfeccionismo rígido (ausência de): insistência rígida para que tudo corra perfeito e sem erros, no seu desempenho e no dos outros; sacrifício da pontualidade para

correção de cada detalhe; crença de que há apenas uma forma correta de fazer as coisas e dificuldade em mudar de ideias; preocupação com organização e detalhe.

Psicoticismo (*versus* Lucidez):

Exibição de um vasto leque de comportamentos ou cognições estranhas, excêntricas e incomuns, incongruentes com a cultura, incluindo processos (e.g., percepção) e conteúdos (e.g., crenças).

Crenças e experiências incomuns: acreditar que se tem capacidades incomuns (e.g., leitura da mente) e experiências de realidade incomuns (e.g., alucinações).

Excentricidade: comportamento, aparência, pensamentos e/ou discurso estranhos, incomuns e bizarros.

Desregulação cognitiva e perceptual: processo do pensamento e experiências estranhas ou incomuns (e.g., despersonalização, controlo do pensamento).

Anexo II

Consentimento informado



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Consentimento Informado

O meu nome é Carina Cristino e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do Professor Bruno Ademar Paisana Gonçalves.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Personalidade e Psicopatologia.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (5) cinco questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência. Solicita-se igualmente a sua autorização para obter informação junto do seu médico assistente sobre o seu diagnóstico clínico.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de 90 minutos e poderá ser realizada em mais do que uma sessão. Pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade e destruídos no final da investigação. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone 912661548 ou e-mail: carina.cristino2195@hotmail.com

Ao assinar este consentimento, declara ter 18 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

_____ de _____ de 201_

(assinatura digitalizada do investigador)

Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa
Alameda da Universidade
1649-013 Lisboa

(assinatura do participante)